



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

Nº Procedimiento	Código SIACI
080002	S735

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Domicilio a efectos de notificaciones:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text"/>	1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Horario preferente para recibir llamada:	<input type="text"/>				

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA

<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
--	-----------------------------------	---

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo con la finalidad de tramitar los expedientes de arbitraje. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, (/Avda. de Francia, 4. 45071 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

DATOS DE LA EMPRESA RECLAMADA

Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido

Persona física NIF NIE Número de documento

Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido:

Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social

Persona jurídica Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Horario preferente para recibir llamada:

Hechos en los que fundamenta su reclamación (*detalle el tema que plantea*)::



Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

Solicita que se dicte laudo estimatorio de la/s siguiente/s pretensión/es:

1º

2º

3º

Por cuantía de euros. (si pudiera determinarse).

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:

Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

Autorizaciones:

AUTORIZA **SI** **NO** a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los datos acreditativos de identidad, domicilio o residencia, información de índole tributaria y sobre afiliación a la Seguridad Social y datos o documentos emitidos o que se encuentren en poder de la Administración regional, en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Documentación aportada:

1º

2º

3º

Firma (DNI electrónico o certificado válido)

: JUNTA ARBITRAL DE CONSUMO DE CASTILLA-LA MANCHA