

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE _____

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE/DENUNCIANTE					
N.I.F./C.I.F./NIE	NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)		TELÉFONO FIJO (opcional)		TELÉFONO MÓVIL (opcional)	

DATOS DEL PACIENTE (si es una persona menor de edad o distinta a la reclamante/denunciante)					
N.I.F./C.I.F./NIE	NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA
FECHA DE NACIMIENTO		INDIQUE SI ES LA PERSONA TUTORA LEGAL			
		<p align="center">SÍ NO</p>			

DATOS DE LA PARTE RECLAMADA			
N.I.F./C.I.F./NIE	RAZÓN SOCIAL		
B83409797	DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTÉTICA DENTAL SL		
DIRECCIÓN DEL CENTRO		MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL LOCALIDAD
COMUNIDAD AUTÓNOMA		CORREO ELECTRÓNICO (opcional)	
ANDALUCÍA			
TELEFONO FIJO (opcional)		TELEFONO MÓVIL (opcional)	

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:

A fecha de hoy la clínica dental no presta los servicios contratados sin posible solución.

Por lo anterior,

SOLICITO,

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA EN RELACIÓN CON LOS HECHOS.

(Presupuestos, facturas, recibos, recetas, radiografías, fotografías, tarjeta de citas, informes clínicos, partes de urgencia, etc)
