

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

Con fecha _____ formalicé contrato de prestación de servicios con la clínica dental. A fecha actual, la empresa ha dejado de prestar los servicios contratados dejando el tratamiento sin finalizar.

Por lo anterior, y desconociendo la situación legal de la empresa y para el supuesto de que se confirme el cese definitivo de la actividad y no ofrecer soluciones que concluyan el tratamiento contratado,

SOLICITO

1. La continuación de los servicios contratados.
2. Certificado/Informe de esa empresa sobre los trabajos realizados a fecha actual en base al presupuesto nº _____ emitido con fecha _____ que,

Se abonó mediante,	Transferencia Tarjeta de crédito Pagos en metálico Otros medios:	
Se financió	Entidad Financiera:	
	Nº de préstamo:	
	Directamente con la clínica	

3. Devolución de las cantidades correspondientes a servicios no prestados (*en caso de servicios abonados directamente a la clínica*).
4. Información relativa a los eventuales procesos judiciales que estén en marcha, así como del procedimiento y trámites que como parte afectada por el cese en la prestación de los servicios contratados pudiera tener que realizar.
5. Que se tenga por presentado este escrito, reservándome el derecho de reclamar los daños y perjuicios derivados de la prestación defectuosa o incompleta del servicio.

Se adjunta a la presente reclamación:

Presupuesto emitido por la entidad.

Contrato.

Facturas y justificantes de los pagos realizados.

Folletos y publicidad.

Otros documentos:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____