



**Govern
de les Illes Balears**

Conselleria
de Salut i Consum
Direcció General de Consum

RECLAMACIÓ / RECLAMACIÓN
DENÚNCIA / DENUNCIA
Núm: _____ / _____

EMPRESA RECLAMADA

Empresa: _____ Activitat/Actividad: _____ NIF: _____
Domicili/Domicilio: _____ Núm./nº _____ Tel.: _____
Localitat/Localidad: _____ Província/Provincia: _____ Illa/Isla: _____ CP: _____

CONSUMIDOR

Sr./Sra.: _____ DNI/CIF/NIE/Pass: _____
Domicili/Domicilio: _____ Núm./nº: _____ Tel.: _____
Localitat/Localidad: _____ Província/Provincia: _____ Illa/Isla: _____ CP: _____

Descripció del producte o servei objecte de reclamació i motiu / Descripción del producto o servicio objeto de reclamación y motivo:

Pretensions/Pretensiones:

Documentació que acompanya la reclamació / Documentación que se adjunta con la reclamación:

Al·legacions de l'empresa reclamada o denunciada / Alegaciones de la empresa reclamada o denunciada:

El reclamant / El reclamado

El producte es troba en poder de / El producto se encuentra en poder de: _____

Valoració del producte o servei / Valoración del producto o servicio: _____

Sol·licitàreu pressupost previ? / ¿Solicitó presupuesto previo?: Sí No

Signatura del reclamant o denunciant

Firma del reclamante o denunciante.

_____, _____ de _____ de 200__

En cas d'haver arribat a un acord per resoldre la controvèrsia, signar
En caso de haber llegado un acuerdo para resolver la controversia, firmar

El reclamant
El reclamante

El reclamat
El reclamado

En cas que ambdues parts sotmetin la controvèrsia a l'Arbitratge de Consum, signar
En caso de que ambas partes somentan la controversia al Arbitraje de Consumo, firmar

El reclamant
El reclamante

El reclamat
El reclamado