

Los datos del recuadro serán rellenos por el titular del establecimiento / The data of the box to be completed by the title owner or by representative of the establishment/ Les données de cette zone seront remplies par le titulaire de l'établissement.

Nombre o razón social:	
(Name or corporate name / Nom ou raison sociale)	
Calle:	Localidad:
(Street / Rue)	(Locality / Localité)
Código postal:	Provincia:
(Postal code / Code postal)	(Province / Province)
Servicio que presta:	
(Rendered service / Service rendu)	
NIF/DNI del responsable:	Teléfono:
(Fiscal identity card or national identity card of the responsible person / Numéro d'identification fiscale ou de la carte nationale d'identité)	(Telephone / Telephone)

A RELLENAR POR EL RECLAMANTE:
To be completed by the claimant / A remplir par le réclamant

Fecha de la reclamación:

(Claim date / Date de la réclamation)

D./D.^a:

(Mr./Miss / M./Mme.)

Y con domicilio en Calle:

(Domiciled at street / Résidant à rue)

Número:

(Number / Numéro)

Teléfono:

(Telephone / Telephone)

Localidad:

(Locality / Localité)

País:

(Country / Pays)

Código postal:

(Postal code / Code postal)

Con DNI/Pasaporte n.º:

(With National identity card/passport number / Avec carte nationale d'identité/passeport numéro)

FORMULA LA SIGUIENTE RECLAMACIÓN:
(Reason for the claim / Motif de la réclamation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ALEGACIONES DEL PRESTADOR DEL SERVICIO
(Allegations of the service renderer / Allegations du prestataire du service)

.....

.....

.....

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN
(Attached documents / Pièces ci-jointes)

.....

.....

.....

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

FIRMA DEL RECLAMANTE
(Claimant's signature / Signature du réclamant)

FIRMA Y SELLO DEL RECLAMADO
(Signature and seal of the owner representative / Signature et cachet du titulaire de l'établissement)

Los datos del recuadro serán rellenados por el titular del establecimiento / The data of the box to be completed by the title owner or by representative of the establishment/ Les données de cette zone seront remplies par le titulaire de l'établissement.

Nombre o razón social:	
(Name or corporate name / Nom ou raison sociale)	
Calle:	Localidad:
(Street / Rue)	(Locality / Localité)
Código postal:	Provincia:
(Postal code / Code postal)	(Province / Province)
Servicio que presta:	
(Rendered service / Service rendu)	
NIF/DNI del responsable:	Teléfono:
(Fiscal identity card or national identity card of the responsible person / Numéro d'identification fiscale ou de la carte nationale d'identité)	(Telephone / Telephone)

**A RELLENAR POR EL RECLAMANTE:
To be completed by the claimant / A remplir par le réclamant**

Fecha de la reclamación:

(Claim date / Date de la réclamation)

D./D.^a:

(Mr./Miss / M./Mme.)

Y con domicilio en Calle:

(Domiciled at street / Résidant à rue)

Número:

(Number / Numéro)

Teléfono:

(Telephone / Telephone)

Localidad:

(Locality / Localité)

País:

(Country / Pays)

Código postal:

(Postal code / Code postal)

Con DNI/Pasaporte n.º:

(With National identity card/passport number / Avec carte nationale d'identité/passeport numéro)

**FORMULA LA SIGUIENTE RECLAMACIÓN:
(Reason for the claim / Motif de la réclamation)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ALEGACIONES DEL PRESTADOR DEL SERVICIO
(Allegations of the service renderer / Allegations du prestataire du service)**

.....

.....

.....

**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN
(Attached documents / Pièces ci-jointes)**

.....

.....

.....

FIRMA DEL RECLAMANTE
(Claimant's signature / Signature du réclamant)

FIRMA Y SELLO DEL RECLAMADO
(Signature and seal of the owner representative / Signature et cachet du titulaire de l'établissement)

Los datos del recuadro serán rellenos por el titular del establecimiento / The data of the box to be completed by the title owner or by representative of the establishment/ Les données de cette zone seront remplies par le titulaire de l'établissement.

Nombre o razón social:	
(Name or corporate name / Nom ou raison sociale)	
Calle:	Localidad:
(Street / Rue)	(Locality / Localité)
Código postal:	Provincia:
(Postal code / Code postal)	(Province / Province)
Servicio que presta:	
(Rendered service / Service rendu)	
NIF/DNI del responsable:	Teléfono:
(Fiscal identity card or national identity card of the responsible person / Numéro d'identification fiscale ou de la carte nationale d'identité)	(Telephone / Telephone)

**A RELLENAR POR EL RECLAMANTE:
To be completed by the claimant / A remplir par le réclamant**

Fecha de la reclamación:

(Claim date / Date de la réclamation)

D./D.^a:

(Mr./Miss / M./Mme.)

Y con domicilio en Calle:

(Domiciled at street / Résidant à rue)

Número:

(Number / Numéro)

Teléfono:

(Telephone / Telephone)

Localidad:

(Locality / Localité)

País:

(Country / Pays)

Código postal:

(Postal code / Code postal)

Con DNI/Pasaporte n.º:

(With National identity card/passport number / Avec carte nationale d'identité/passeport numéro)

**FORMULA LA SIGUIENTE RECLAMACIÓN:
(Reason for the claim / Motif de la réclamation)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ALEGACIONES DEL PRESTADOR DEL SERVICIO
(Allegations of the service renderer / Allegations du prestataire du service)**

.....

.....

.....

**DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN
(Attached documents / Pièces ci-jointes)**

.....

.....

.....

EJEMPLAR PARA EL CONSUMIDOR O USUARIO

FIRMA DEL RECLAMANTE
(Claimant's signature / Signature du réclamant)

FIRMA Y SELLO DEL RECLAMADO
(Signature and seal of the owner representative / Signature et cachet du titulaire de l'établissement)

HOJA DE RECLAMACIÓN (Claim form / Imprime de reclamation)

INSTRUCCIONES:

- A) Esta **Hoja Oficial de Reclamación** es un medio que el Departamento de Salud y Consumo pone a disposición de los consumidores y usuarios para que puedan formular aquellas quejas y reclamaciones que consideren oportunas en el mismo lugar en que se produzcan los hechos.
- B) El reclamante debe remitir el ejemplar de color **blanco** al Servicio Provincial de Salud y Consumo correspondiente (*), entregar la copia de color **rosa** al titular o responsable del establecimiento o la empresa objeto de la reclamación y conservar en su poder la copia de color **amarillo**.
- C) También debe presentar aquellas pruebas o datos que puedan contribuir a aclarar los hechos y especialmente la factura, sobre todo cuando la reclamación guarde relación con el precio del servicio.

INSTRUCTIONS:

- A) This **Official Claims Form** is a means that the Department of Health and Consumption places to the consumers and users disposal in order that they may lodge those complaints and claims that they deem appropriate in the same place where the facts have occurred.
- B) The claimant must send the **white** copy to the relevant Provincial Service of Health and Consumption (*), deliver the **pink** copy to the owner or the responsible person of the establishment or the Company objet of the claim and to keep in his possession the **yellow** copy.
- C) Furthermore, he must submit the evidence or data that may contribute to clarify the facts and especially the voucher and above all when the claim bears relation with the price of the service.

INSTRUCTIONS:

- A) Cet **Imprimé Officiel de Réclamation** est un moyen que le Département de la Santé et Consommation met à disposition des consommateurs et des usagers afin qu'ils puissent formuler les plaintes et réclamations qu'ils considèrent opportunes dans le même lieu où les faits se sont produits.
- B) Le réclamant devra remettre la copie de couleur **blanche** au Service Provincial de la Santé et Consommation correspondante (*), délivrer la copie de couleur **rose** au titulaire ou responsable de l'établissement ou de l'entreprise objet de la réclamation et conserver en sa possession la copie de couleur **jaune**.
- C) En outre il devra présenter ces preuves ou renseignements qui puissent contribuer à clarifier les faits et spécialement la facture, surtout lorsque la réclamation a rapport avec le prix du service.

(*) **Servicios Provinciales de Salud y Consumo:**

(*) **Provincial Services of Health and Consumption:**

(*) **Services Provinciaux de la Santé et Consommation:**

-HUESCA: C/ San Jorge, 65. 22004 Huesca

-TERUEL: C/ Joaquín Arnau, 22, 4.ª planta. 44001 Teruel

-ZARAGOZA: Avda. Cesáreo Alierta, 9-11. 50008 Zaragoza