



RECLAMACION por el cierre de los centros IDEAL

LA PERSONA RECLAMANTE

Nombre: Apellidos:

DNI:

Domicilio:

Teléfono: e-mail:

EXPONE:

1. Que tengo contratado con el CENTRO IDEAL *(Indicar el nombre, CIF y dirección del centro):*

el siguiente tratamiento estético *(Detallar el tratamiento, importe y la parte realizada):*

2. Que el citado tratamiento *(elegir una de las opciones)*

Lo estoy abonando a través de contrato vinculado con la entidad financiera

Cantidad ya pagada:

Ya lo he abonado por completo a través de contrato vinculado con la entidad financiera.

Cantidad ya pagada:

Ya he abonado el tratamiento completo directamente a Centros IDEAL. Cantidad ya pagada:

3. Que ante el cierre del referido establecimiento y de acuerdo con la Ley 16/2011, de 24 de junio, de contratos de crédito al consumo, que explica que los contratos de crédito vinculados a la prestación de un determinado servicio constituyen una unidad comercial, estando la empresa financiera obligada a suspender los cobros asociados al crédito (artículos 26 y 29)



SOLICITA: *(elegir una o varias de las opciones)*

La suspensión inmediata de los pagos periódicos

La devolución de las cantidades ya abonadas correspondientes a la parte del tratamiento pagado pero no ejecutado: euros

Una alternativa para la finalización del tratamiento sin coste adicional.

SE ADJUNTA: *(marcar lo que corresponda)*

Reclamación interpuesta ante la empresa

Reclamación interpuesta ante la entidad financiera

Presupuesto y contrato con el centro de estética

Contrato de financiación

Folletos publicidad

Acreditación de los pagos efectuados, facturas o recibos.

Historia clínica.

Justificantes de citas a través de mensajes, whatsapp o en papel

Otros

OBSERVACIONES ADICIONALES: *(Incluir, si lo considera, otros aspectos de interés)*

DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Nombre:

CIF:

Dirección:

E-mail:

En

a

de

de 2024

Firma