

## Reclamación a 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: \_\_\_\_\_

Lo he abonado a través de contrato vinculado con la entidad financiera

Cantidad ya pagada: \_\_\_\_\_

Lo he abonado directamente al Centro IDEAL. Cantidad ya pagada: \_\_\_\_\_

3. Que ante el cierre del referido establecimiento

### 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.

Copia del historial clínico

Copia del contrato

**SE ADJUNTA:** *(marcar lo que corresponda)*

Presupuesto y contrato con el centro de estética

Contrato de financiación

Folletos publicidad

Acreditación de los pagos efectuados, facturas o recibos.

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 EMPRESA (CENTRO IDEAL)**

Nombre:

CIF:

Dirección:

E-mail:

En

a

de

de 2024

Firma