PAG.

ANEXO I
(ANNEX I / ANNEXE I)

HOJA DE RECLAMACIONES
CLAIMS FORM
IMPRIME DE RECLAMATIONS

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 seron remplis 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: .....
(Fiscal identity card or national identity card of the responsible person/ Numéro d'identification fiscale ou de la carte nationale d'identité)

Teléfono: .....
(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./Dª.: .....
(Mr. / Miss / M.Mme.)

De nacionalidad: .....
(Nationality / Nationalité)

Con DNI /Pasaporte nº.:.....
(With National identity card – passport number/ Avec carte nationale d'identité –passeport numéro)

Y con domicilio en Calle : ..... Número: .....
(Domiciled at street/ résidant à rue) (Number/Numéro)

Teléfono: ..... Localidad: ..... País: .....
(Telephone/Telephone) (Locality/Localité) (Country/Pays)

D. G. A. 1077

PAG.

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 ADJUNTA
(Attached documents / Piéces ci-jointes)

.....
.....
.....
.....

Solicito que esta reclamación sea resuelta a través del Sistema Arbitral de Consumo:
(I request that this claim be settled through the consumption arbitral system / Je sollicite que cette réclamation soit résoute á travers du Service Arbitral de la Consmommation.

Si / Yes / Oui : □ No / No / Non : □

FIRMA 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)

D. G. A. 1077

PAG.

HOJA DE RECLAMACIÓN
(Claim form / Imprime de reclamation)

INSTRUCCIONES:

A) Esta **Hoja Oficial de Reclamación** es un medio que el Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 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 Sanidad, Consumo y Bienestar Social 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 Departament of Health, Consumption and Social Welfare 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, Consumption and Social Welfare; 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, Consommation et Bien-être Social met à disposition des consommateurs et des usagers afin qu'ils puissent formuler les plaintes et réclamations qu'ils considerènt 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, Consommation et Bien-être Social 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, sourtout lorsque la réclamation a rapport avec le prix du service.

(*) Servicios Provinciales de Sanidad, Consumo y Bienestar Social:
(*) Provincial Services of Health, Consumption and Social Welfare
(*) Services Provinciaux de la Santé, Consommation et Bien-être Social

- HUESCA : Plaza Cervantes, 1. 22003 - Huesca
- TERUEL: C/ Ronda de la Liberación, 1. 44002 - Teruel
- ZARAGOZA: C/Ramón y Cajal, 68. 50004 - Zaragoza.

D. G. A. 1077