DIPUTACIÓN DE VALLADOLID
www.diputaciondevalladolid.es

OMIC
OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
ENTRADA
Fecha

OMIC

OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
Avda. Ramón y Caja, s/n.
(Antiguo Hospital Provincial)
47071 VALLADOLID
983 42 71 00 consumo@dip-valladolid.es
consumo2@dip-valladolid.es

HOJA DE RECLAMACIÓN (CLAIMS FORM)

DATOS DE LA EMPRESA RECLAMADA *(Details of the claimed establishment)*

N.º Ref.._____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EN SU CASO *(Name of establishment or)*		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE, PLAZA Y N.º *(Address of establishment: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
OTRAS DIRECCIONES DE INTERES *(Other addresses of interest)*		
EL ESTABLECIMIENTO ESTÁ ADHERIDO AL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO ☐ **SI** ☐ **NO** *(The establishment is subject to the Consumer Arbitration Service)*	**CORREO ELECTRONICO** *(E-mail address)*	

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

DATOS DEL RECLAMANTE *(To be completed by claimant)*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE *(Name and surname of claiment)*	**Nº DEL DNI o PASAPORTE (National identity card number or passport number)**	
DOMICILIO DEL RECLAMANTE: CALLE, PLAZA Y N.º *(Claimmant´s address: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
CORREO ELECTRONICO *(E-mail address)* *Si facilita un e-mail, está dando su autorización para recibir comunicación por este medio.*		

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN *(Reason of complaint)*

Continua en hoja adjunta ☐

SOLICITA *(Reason of complaint)*

El/la abajo firmante, solicita y autoriza a la OMIC, a realizar la intervención y mediación, ante la empresa reclamada u organismo competente.

Fecha de la reclamación *(Date of claim)*

Firma del reclamante *(Claimant´s signature)*

PROTECCIÓN DE DATOS: *De conformidad con lo dispuesto en el árticulo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se le informa que los datos personales facilitados a través del presente formulario, así como la documentación aportada, serán incluidos en el fichero del Servicio de Consumo, con la finalidad de gestionar y tramitar su reclamación. Los datos serán tratados de manera confidencial, pudiendo ser cedidos a empresas o entidades que estén relacionadas directamente con el contenido de la reclamación por usted planteada. las personas interesadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la citada ley, poniéndose en contacto con nosotros a través del buzón de correo electrónico: dpd@dipvalladolid.es*

DIPUTACIÓN DE VALLADOLID
www.diputaciondevalladolid.es

OMIC
OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
ENTRADA
Fecha

OMIC

OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
Avda. Ramón y Caja, s/n.
(Antiguo Hospital Provincial)
47071 VALLADOLID
983 42 71 00 consumo@dip-valladolid.es
consumo2@dip-valladolid.es

HOJA DE RECLAMACIÓN (CLAIMS FORM)

DATOS DE LA EMPRESA RECLAMADA *(Details of the claimed establishment)*

N.º Ref.._____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EN SU CASO *(Name of establishment or)*		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE, PLAZA Y N.º *(Address of establishment: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
OTRAS DIRECCIONES DE INTERES *(Other addresses of interest)*		
EL ESTABLECIMIENTO ESTÁ ADHERIDO AL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO ☐ **SI** ☐ **NO** *(The establishment is subject to the Consumer Arbitration Service)*	**CORREO ELECTRONICO** *(E-mail address)*	

DATOS DEL RECLAMANTE *(To be completed by claimant)*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE *(Name and surname of claiment)*	**Nº DEL DNI o PASAPORTE (National identity card number or passport number)**	
DOMICILIO DEL RECLAMANTE: CALLE, PLAZA Y N.º *(Claimmant´s address: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
CORREO ELECTRONICO *(E-mail address)* *Si facilita un e-mail, está dando su autorización para recibir comunicación por este medio.*		

EJEMPLAR PARA EL RECLAMADO

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN *(Reason of complaint)*

Continua en hoja adjunta ☐

SOLICITA *(Reason of complaint)*

El/la abajo firmante, solicita y autoriza a la OMIC, a realizar la intervención y mediación, ante la empresa reclamada u organismo competente.

Fecha de la reclamación *(Date of claim)*

Firma del reclamante *(Claimant´s signature)*

PROTECCIÓN DE DATOS: *De conformidad con lo dispuesto en el árticulo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se le informa que los datos personales facilitados a través del presente formulario, así como la documentación aportada, serán incluidos en el fichero del Servicio de Consumo, con la finalidad de gestionar y tramitar su reclamación. Los datos serán tratados de manera confidencial, pudiendo ser cedidos a empresas o entidades que estén relacionadas directamente con el contenido de la reclamación por usted planteada. las personas interesadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la citada ley, poniéndose en contacto con nosotros a través del buzón de correo electrónico: dpd@dipvalladolid.es*

DIPUTACIÓN DE VALLADOLID
www.diputaciondevalladolid.es

OMIC
OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
ENTRADA
Fecha

OMIC
OFICINA MÓVIL DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR
Avda. Ramón y Caja, s/n.
(Antiguo Hospital Provincial)
47071 VALLADOLID
983 42 71 00 **consumo@dip-valladolid.es**
consumo2@dip-valladolid.es

HOJA DE RECLAMACIÓN (CLAIMS FORM)

DATOS DE LA EMPRESA RECLAMADA *(Details of the claimed establishment)*

N.º Ref.._____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EN SU CASO *(Name of establishment or)*		
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO: CALLE, PLAZA Y N.º *(Address of establishment: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
OTRAS DIRECCIONES DE INTERES *(Other addresses of interest)*		
EL ESTABLECIMIENTO ESTÁ ADHERIDO AL SISTEMA ARBITRAL DE CONSUMO ☐ **SI** ☐ **NO** *(The establishment is subject to the Consumer Arbitration Service)*	**CORREO ELECTRONICO** *(E-mail address)*	

DATOS DEL RECLAMANTE *(To be completed by claimant)*

EJEMPLAR PARA EL RECLAMANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECLAMANTE *(Name and surname of claiment)*	**Nº DEL DNI o PASAPORTE (National identity card number or passport number)**	
DOMICILIO DEL RECLAMANTE: CALLE, PLAZA Y N.º *(Claimmant´s address: Street, square and num.)*	**C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA** *(Post code, city and province)*	**TELÉFONO** *(Telephone num.)*
CORREO ELECTRONICO *(E-mail address)* *Si facilita un e-mail, está dando su autorización para recibir comunicación por este medio.*		

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN *(Reason of complaint)*

Continua en hoja adjunta ☐

SOLICITA *(Reason of complaint)*

El/la abajo firmante, solicita y autoriza a la OMIC, a realizar la intervención y mediación, ante la empresa reclamada u organismo competente.

Fecha de la reclamación *(Date of claim)*

Firma del reclamante *(Claimant´s signature)*

PROTECCIÓN DE DATOS: *De conformidad con lo dispuesto en el árticulo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se le informa que los datos personales facilitados a través del presente formulario, así como la documentación aportada, serán incluidos en el fichero del Servicio de Consumo, con la finalidad de gestionar y tramitar su reclamación. Los datos serán tratados de manera confidencial, pudiendo ser cedidos a empresas o entidades que estén relacionadas directamente con el contenido de la reclamación por usted planteada. las personas interesadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la citada ley, poniéndose en contacto con nosotros a través del buzón de correo electrónico: dpd@dipvalladolid.es*