



**GOVERN DE LES ILLES BALEARS**

**Conselleria de salut i Consum**

**Direcció General de Consum**

RECLAMACIÓ O DENÚNCIA núm. .... / .....  
*RECLAMACIÓN O DENUNCIA n°*

**DADES DE L'EMPRESA RECLAMADA / DATOS DE LA EMPRESA RECLAMADA**

Empresa: .....  
Activitat/Actividad: ..... NIF: .....  
Domicili/Domicilio: ..... núm./n°: ..... Tel/Telf: .....  
Localitat/Localidad: ..... Província/Provincia ..... DP: .....

**DADES DE L'INTERESSAT / DATOS DEL INTERESADO**

Sr./Sra.: ..... DNI: .....  
Domicili/Domicilio: ..... núm./n°: ..... Tel/Telf: .....  
Localitat/Localidad: ..... Província/Provincia ..... DP: .....

Descripció del producte o servei objecte de reclamació/Descripción del producto o servicio objeto de reclamación: .....

Motiu/Motivo: .....

Pretensions/Pretensiones: .....

Documentació(fotocòpia)/Documentación(fotocopia): .....

El producte es troba en poder de /El producto se encuentra en poder de: .....  
Valoració del producte o servei/Valoración del producto o servicio: .....  
Sol·licità pressupost previ?/¿Solicitó presupuesto previo?: Sí ..... No .....  
Ha intentat sol·licitar el tema amistosament/Ha intentado arreglar el asunto amistosamente: Sí ..... No .....  
A quin organisme oficial ha recorregut?/¿A qué organismo oficial ha recurrido?: .....

Palma, ..... de ..... de 20.....

Signatura/Firmado.....

