

**A LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN \_\_\_\_\_**

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE						
N.I.F./C.I.F. / NIE		NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA	PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA	
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)			TELÉFONO FIJO (opcional)		TELÉFONO MÓVIL (opcional)	

Con fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ formalicé contrato de prestación de servicios con la entidad DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTÉTICA DENTAL SL en su establecimiento ubicado en la dirección \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_.

A fecha actual esa empresa ha dejado de prestar los servicios contratados dejando el tratamiento sin finalizar.

Por lo anterior,

**SOLICITO**

1. Se me informe si esa Delegación tiene constancia del cese de actividad denunciado al objeto de iniciar las oportunas acciones legales en defensa de mis intereses.

Se adjunta a la presente reclamación:

Presupuesto emitido por la entidad.

Contrato.

Facturas y justificantes de los pagos realizados.

Folletos y publicidad.

Otros documentos:

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_