



N/R:

Espacio reservado para la etiqueta de Registro

SOLICITUD DE ARBITRAJE DE CONSUMO

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES
a la que se esté asociado/a.
(En caso de no cumplimentación, se designará de oficio).

Lugar donde desea que se celebre la Audiencia Arbitral:
 Madrid (Ventura Rodríguez, 7)
 Ayuntamiento de Móstoles

INTERESADO/A

Nombre
D.N.I. Teléfono de contacto/Fax
Domicilio Código postal
Localidad Provincia

A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN (cumplimentar sólo si varían los datos anteriores)

Nombre
D.N.I. Teléfono/Fax
Domicilio Código postal
Localidad Provincia

Formula la reclamación que se formaliza contra el reclamado/a.

DENUNCIADO/A

Nombre
Domicilio
Localidad Provincia

Código postal C.I.F. Teléfono/Fax

A este efecto acompaña la prueba que se adjunta, con independencia de otras pruebas que puedan aportarse posteriormente.

DOCUMENTACIÓN QUE APORТА

DESTINATARIO

Unidad Administrativa: Junta Arbitral Regional de Consumo
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO