

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: <input type="checkbox"/> Madrid (Ventura Rodríguez, 7) <input type="checkbox"/> 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 APORTA

.....

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

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN