

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A LOS AFECTADOS DE DENTIX

16/11/2020

A principios de octubre de 2020 la empresa: DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTETICA DENTAL SLU, C/ Ribera del Loira Nº 56-58 - 28042 MADRID solicitó concurso de acreedores que se está sustanciando ante un Juzgado de lo Mercantil de Madrid.

En la actualidad las clínicas del municipio de Móstoles están cerradas.

A continuación acompañamos las recomendaciones a seguir por el colectivo afectado:

I.- PARA LAS PERSONAS QUE HAN ABONADO EN SU TOTALIDAD EL TRATAMIENTO, SIN QUE ESTE HAYA FINALIZADO

Deben enviar a la empresa propietaria de las clínicas un escrito por burofax certificado y con acuse de recibo requiriendo el cumplimiento del contrato en un plazo máximo de cinco días hábiles, indicando que de no ser atendido dicho requerimiento en el plazo señalado se dará por resuelto el contrato. **Pueden hacer uso del formulario 1A.**

Deberán esperar a que se abra el plazo para comunicar su crédito al concurso de acreedores. Una vez abierto deben comunicar al administrador/a concursal su crédito junto con el escrito de resolución del contrato. **Pueden hacer uso del formulario 2A.**

Actualmente todavía no está abierto el plazo de personación como acreedor.

II.- PARA LAS PERSONAS QUE HABIENDO ABONADO POR FINANCIACIÓN LA TOTALIDAD DEL TRATAMIENTO, ESTE NO HAYA FINALIZADO

Deben enviar a la empresa propietaria de las clínicas un escrito por burofax certificado y con acuse de recibo requiriendo el cumplimiento del contrato en un plazo máximo de cinco días hábiles, indicando que de no ser atendido dicho requerimiento en el plazo señalado se dará por resuelto el contrato. **Formulario 1A.**

Pueden reclamar a la financiera la devolución del importe no realizado. **Pueden hacer uso del formulario 1B.**

Pueden también comunicar su crédito al concurso de acreedores una vez abierto el plazo. **Formulario 2A.**

III.- PARA LAS PERSONAS QUE TENGAN EL TRATAMIENTO FINANCIADO, NO HAYAN ABONADO SU TOTALIDAD Y EL TRATAMIENTO NO HAYA FINALIZADO

Deben enviar a la empresa propietaria de las clínicas un escrito por burofax certificado y con acuse de recibo requiriendo el cumplimiento del contrato y dando un plazo de cinco días hábiles para ello y, para el caso de no atenderlo, se dará por resuelto el contrato. **Formulario 1A.**

Para paralizar los pagos a la financiera y reclamar lo pagado de más, en su caso, deben enviar una carta por un medio fehaciente a la financiera dando por resuelto el contrato de financiación y reclamando lo abonado en demasía, en su caso, pudiendo interrumpir los pagos una vez tenga constancia de la recepción de dicho comunicado. **Pueden hacer uso del formulario 2B.**

Pueden también comunicar su crédito al concurso de acreedores una vez abierto el plazo. **Formulario 2A.**

Si no dispone de la Historia Clínica recomendamos enviar al administrador concursal el formulario 3A.

Formulario 1A

COMUNICACIÓN A DENTIX DE RESOLUCIÓN DE CONTRATO

A/A DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTÉTICA DENTAL, S.L.

C/ Ribera del Loira Nº 56-58. 28042. MADRID

(Nombre).....,
con Documento Nacional de Identidad nº..... y domicilio, a
efectos de notificaciones en.....,
.....

Me dirijo a ustedes a los efectos de comunicarles:

1. Suscribí un contrato con esa empresa a través de la clínica Déntix de
Móstoles sita en Cl..... que
acredito mediante la aportación de presupuesto por importe de

2. Que el importe indicado se abonó mediante financiación suscrita
con.....

3. Que en la actualidad las dos clínicas de mi localidad se encuentran cerradas
estando mi tratamiento sin finalizar.

Por lo expuesto, considero que se ha producido un incumplimiento grave del
contrato, razón por la que les insto a su cumplimiento en el plazo improrrogable de
cinco días hábiles. Pasado el plazo sin noticias de su parte daré por resuelto el
contrato sobre la base de lo dispuesto en el artículo 1124 del Código Civil con las
consecuencias legales que de ello se derivan.

Móstoles, de..... de 2020

Fdo:.....

Formulario 2A

ESCRITO DE COMUNICACIÓN DE CRÉDITOS POR EL ACREEDOR A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL DESIGNADA EN EL CONCURSO Nº..... QUE SE SIGUE ANTE EL JUZGADO DE LO MERCANTIL Nº..... DE.....

D./D^a.....
mayor de edad, provisto/a de DNI nº....., con domicilio a efectos de notificaciones en calle, nº....., CP.....,

Ante la Administración Concursal desinada en este proceso por el Juzgado de lo Mercantil nº..... de..... comparezco y, como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que en el plazo concedido al efecto, por medio del presente escrito y de conformidad con lo establecido en el Artículo 85 de la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal, en mi condición de acreedor del concursado **DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTETICA DENTAL, SLU**, vengo a comunicar a la Administración Concursal la existencia del crédito que tengo frente al mismo, y cuyas características, conforme a lo señalado en el artículo 85.3 de la Ley, son:

I.- Concepto: Servicios dentales contratados y no prestados

II.- Cuantía:.....

III.- Fecha del contrato:

Asimismo, y en cumplimiento de lo exigido por el apartado 4º del Artículo 85 de la Ley Concursal, se adjunta al presente escrito título acreditativo de la existencia y características del crédito cuya devolución expresamente se solicita, una vez dejada constancia suficiente en Autos (para el caso de que se presenten los originales de los documentos relativos al crédito comunicado), quedando a disposición de la Administración Concursal para cualquier aclaración o justificación que considere necesaria para efectuar el reconocimiento del crédito que se comunica.

Por lo expuesto, SOLICITO A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL:

Que, teniendo por presentado este escrito, con sus documentos y copias, lo admita y tenga por comunicada la existencia y características del crédito que tengo frente al concursado, para conocimiento e información de esa Administración Concursal y de las demás partes personadas, dando al mismo la tramitación oportuna, con cuanto más proceda.

En, ade.....de.....

Fdo..... (El/la Acreedor/a).

Formulario 3A

ESCRITO DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

D./D^a.....
mayor de edad, provisto de DNI nº....., con domicilio a efectos de notificaciones en....., calle, nº....., CP....., ante la Administración Concursal desinada en este proceso por el Juzgado de lo Mercantil nº..... de..... comparezco y, como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que por medio del presente escrito vengo a **solicitar** que por parte del Administrador Concursal se adopten las medidas necesarias para poder tener acceso a mi historia clínica, necesaria para acreditar el crédito y su cuantía.

Por lo expuesto; SOLICITO A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL:

Que, teniendo por presentado este escrito, con sus documentos y copias, lo admita y tenga por realizada la petición anterior dando al mismo la tramitación oportuna, con cuanto más proceda.

Móstoles, de..... de 2020

Fdo:.....

Formulario 1B

RECLAMACIÓN A¹ DE IMPORTES PAGADOS POR ENCIMA DEL TRATAMIENTO RECIBIDO

(Nombre).....,
con Documento Nacional de Identidad nº.....y domicilio, a
efectos de notificaciones en
....., me dirijo a ustedes a los efectos de
comunicarles:

1. Suscribí un contrato con la empresa Dentoestetic Centros de Salud y
Estética Dental, SL a través de la clínica Dentix sita en
de Móstoles, para un tratamiento dental.

2. Que el importe indicado se abonó mediante financiación suscrita
con.....a nombre
de (para el caso de
que cliente y prestatario no sean la misma persona).

3. Que en la actualidad todas las clínicas de mi localidad se encuentran
cerradas.

4.- Que he procedido a remitir un escrito a la empresa propietaria de las
clínicas instándole al cumplimiento del contrato sin que se hayan puesto en contacto
conmigo a tal fin, dentro del plazo concedido al efecto.

4. Que el importe financiado ha sido abonado en su totalidad en tanto
que el tratamiento no ha sido finalizado, quedando pendiente lo equivalente a
..... €.

5.- Que el contrato de financiación es un contrato vinculado al de prestación de
servicios dentales.

Por todo ello, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 29 d de la Ley 16/11,
de 24 de junio, de Contratos de Crédito al Consumo, les requiero el reintegro de la
cantidad de..... €

Móstoles,de.....de 2020

Fdo:.....

¹ INDICAR EL NOMBRE DE LA FINANCIERA

Formulario 2B

RECLAMACIÓN A¹ DE LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE FINANCIACIÓN Y DEVOLUCION DE IMPORTES

(Nombre).....,
con Documento Nacional de Identidad nº.....y domicilio, a
efectos de notificaciones en
....., me dirijo a ustedes a los efectos de
comunicarles:

1. Suscribí un contrato con la empresa Dentoestetic Centros de Salud y
Estética Dental, SL a través de la clínica Dentix sita en
de Móstoles, para un tratamiento dental.

2. Que el importe indicado se abonó mediante financiación suscrita
con.....a nombre
de (para el caso de
que cliente y prestatario no sean la misma persona).

3. Que en la actualidad todas las clínicas de mi localidad se encuentran
cerradas.

4.- Que he procedido a remitir un escrito a la empresa propietaria de las
clínicas instándole al cumplimiento del contrato sin que se hayan puesto en contacto
conmigo a tal fin, dentro del plazo concedido al efecto.

5.- Que el tratamiento recibido es equivalente a un importe de
.....€, según presupuesto, en tanto que he abonado a esa
financiera€.

6. Que el préstamo concedido es un contrato vinculado al de prestación de
servicios dentales conforme a lo dispuesto en la Ley 16/11, de 24 de junio, de
Contratos de Crédito al Consumo.

Por todo ello, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 16/11,
de 24 de junio, de Contratos de Crédito al Consumo, doy por resuelto el contrato de
financiación suscrito con ustedes para la financiación de los servicios dentales,
procediendo a la interrupción de los pagos a partir de la fecha en la que se tenga
constancia de la recepción por su parte de este escrito.

Asimismo reclamo la devolución de la cantidad de€
abonada por encima del importe del tratamiento recibido.

Móstoles,de.....de 2020

Fdo:.....

¹ INDICAR EL NOMBRE DE LA FINANCIERA