



C.M.C. COMARCA DE OLIVENZA  
Edificio CIT - Calle Rusia 1 - 2ª Planta.  
06100 OLIVENZA  
Tlf.: 924 49 23 05  
Fax: 924 49 01 17

A CUMPLIMENTAR POR EL CONSORCIO:

- Queja
- Consulta
- Reclamación
- Denuncia

## FORMULARIO DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR

### RECLAMANTE:

Nombre y Apellidos: .....  
DNI:..... Domicilio:.....  
Localidad:..... CP..... Provincia:.....  
Tlf:..... E-mail:..... Nacionalidad:.....

### RECLAMADO:

Nombre Comercial/Razón Social:.....  
DNI/CIF:..... Domicilio:.....  
Sector/Actividad: .....  
Localidad:..... CP..... Provincia:.....  
Tlf:..... E-mail:.....

### EXPONE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### SOLICITA:

.....  
.....

### DOCUMENTOS QUE APORTA:

.....  
.....

En..... a..... de..... de 20.....

Firma reclamante

Firma Técnico del Consorcio