





CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO

Nº Registro Entrada \_\_\_\_\_

Nº de referencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Tlfno.: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

SOLICITUD: Reclamación con petición de Mediación  Denuncia  Consulta

Establecimiento reclamado: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrieron los hechos: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RECLAMADOS O DENUNCIADOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentos que aporta : Factura  Resguardo de deposito  Garantía   
Tickets  Contrato  Recibos   
Otros (indicar) \_\_\_\_\_

En caso de Reclamación solicitando mediación, peticiones concretas ( devolución artículo, devolución dinero, reparación urgente, cambio del artículo, etc. )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Melilla a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

**PROTECCIÓN DE DATOS**  
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de la solicitud planteada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Sanidad y Consumo, sita en Crta. Alfonso XIII 52-54. 52005. Melilla.

**EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD**



CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO

Nº Registro Entrada \_\_\_\_\_

Nº de referencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Tlfno.: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

SOLICITUD: Reclamación con petición de Mediación  Denuncia  Consulta

Establecimiento reclamado: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrieron los hechos: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RECLAMADOS O DENUNCIADOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentos que aporta : Factura  Resguardo de deposito  Garantía   
Tickets  Contrato  Recibos   
Otros (indicar) \_\_\_\_\_

En caso de Reclamación solicitando mediación, peticiones concretas ( devolución artículo, devolución dinero, reparación urgente, cambio del artículo, etc. )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Melilla a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

**PROTECCIÓN DE DATOS**  
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de la solicitud planteada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Sanidad y Consumo, sita en Crta. Alfonso XIII 52-54. 52005. Melilla.

**EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD**