FEGAMP

# SERVICIO DE RECEPCIÓN DE RECLAMACIÓNS DE CONSUMO

IC INSTITUTO GALEGO DE CONSUMO

DATA: .....
Persoal: ☐
Teléfonica: ☐
N.º .....

Espacio reservado para o selo do Concello

**DENUNCIADO/A**

Nome comercial: .....
Actividade ..... C.I.F.: .....
Enderezo: Rúa ..... N.º ..... Piso .....
Localidade ..... C. Postal .....
Provincia ..... Teléfono .....

**RECLAMANTE**

Nome: ..... D.N.I.: .....
Enderezo: Rúa ..... N.º ..... Piso .....
Localidade ..... C. Postal .....
Provincia ..... Teléfono .....
Data feitos denunciados .....

**ASUNTO**

1.º Relato dos feitos: .....

2.º Pretensión do reclamante: .....

3.º Documentos que aporta: .....

**PEDIMENTO**

1.– (*) Arbitraxe.
2.– Sanción.
3.– Outros: .....

(*) De solicitarse a arbitraxe, cumprimentar os datos que figuran no reverso desta folla.

O Reclamante,

*Asdo.:* .....

*En* ....., *a* ..... *de* ..... *de 200* .....

EXEMPLAR PARA A FEGAMP

***Envíe esta folla de reclamación debidamente cumprimentada e firmada a:***

Federación Galega de Municipios e Provincias
Rúa Varsovia, portal 4 - C, piso 6.º Fontiñas - Área Central - 15703 Santiago de Compostela - A Coruña
Teléf. 981 555 999 • Fax 981 565 203