

## SERVICIO DE ATENCIÓN A CONSUMIDORES Y USUARIOS

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN/QUEJA



#### PERSONAS FÍSICAS

Nombre y Apellidos: D.N.I:

Domicilio:

Población:

Provincia : C.P: Teléfono:

e-mail:

#### En caso de representación

Nombre y Apellidos de la persona representada:

El representante lo hace en calidad de:

(Acompañar copia de documento acreditativo de la representación)

#### PERSONAS JURÍDICAS

Razón social:

C.I.F: Domicilio:

Población: Provincia :

C.P: Teléfono: e-mail:

Datos del registro público de la entidad:

#### Datos de la persona que presenta la queja o reclamación

Nombre y Apellidos:

D.N.I: Actúa en calidad de:

#### QUEJA O RECLAMACIÓN

(Describa los hechos y motivos de la queja o reclamación que presenta ante el Servicio de Atención a Consumidores y Usuarios. Especifique a qué Colegiado/a o cargo colegial se refiere):

**PETICIÓN QUE REALIZA AL COLEGIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE CASTILLA LA MANCHA** (Describa la petición que realiza a la Institución en relación a los hechos anteriormente descritos)

Ruego se tenga por presentado este documento y se proceda a su tramitación administrativa conforme al procedimiento que, en su caso, corresponda.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma del reclamante:

**Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha.  
Calle Cerería, 5. ENT. CP: 45600. Talavera de la Reina (Toledo)**

**[info@coftoclm.org](mailto:info@coftoclm.org)**

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la información de este formulario pasará a formar parte de los ficheros del Colegio y será utilizada por COFTO-CLM única y exclusivamente para la gestión del expediente y los fines estadísticos y de gestión propios del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha.