

MODELO DE RECLAMACIÓN POR SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Lugar : _____ Fecha : _____

Datos del Reclamante :

Nombre y Apellidos : _____

NIF / DNI : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Correo electrónico : _____

Datos de la Clínica / Dentista :

Nombre o Razón Social : _____

NIF / CIF : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Detalle de la Reclamación :

Por medio del presente escrito, interpongo reclamación contra la clínica dental o profesional odontológico identificado anteriormente, debido a los siguientes hechos y circunstancias que se exponen a continuación, y que justifican la solicitud de reparación, indemnización y/o rectificación conforme a la normativa vigente.

Hechos :

1. El reclamante acudió a la clínica para recibir tratamientos odontológicos específicos. 2. Los tratamientos realizados fueron los siguientes: _____. 3. Se produjeron los siguientes problemas o deficiencias en los servicios prestados: _____. 4. Se ha intentado resolver el conflicto con la clínica sin obtener respuesta o solución satisfactoria. 5. Se aportan copias de la documentación relevante: presupuestos, facturas, informes médicos, fotografías y comunicaciones.

Fundamentos de Derecho :

I. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece las obligaciones de los profesionales sanitarios y clínicas. II. El Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. III. El incumplimiento de las obligaciones contractuales y el deber de diligencia profesional configura responsabilidad civil que ampara la reclamación. IV. La jurisprudencia aplicable reconoce el derecho a indemnización por daños y perjuicios derivados de la prestación deficiente de servicios sanitarios.

Solicitud :

Por todo lo anteriormente expuesto, solicito: a) La reparación, subsanación o repetición del tratamiento defectuoso, si

fuera posible y adecuado. b) La devolución parcial o total de las cantidades abonadas por los servicios deficientes. c) La indemnización por los daños y perjuicios ocasionados, incluyendo gastos médicos adicionales, desplazamientos y perjuicio moral. d) Cualquier otra medida legalmente procedente para la tutela de mis derechos. Se adjuntan los anexos con documentación acreditativa. En espera de una pronta y favorable resolución, se solicita se tenga por presentada esta reclamación.

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA DE RECEPCIÓN DE LA CLÍNICA

Firma: _____

Firma: _____

Fuente original de este documento:

<https://lex-administrativo.com/modelo-reclamacion-dentista/>

¿Le resultó útil esta plantilla?

Encuentre más plantillas actualizadas en:

<https://lex-administrativo.com/>

Mas plantillas

Esta plantilla está destinada exclusivamente para uso personal y no comercial.

En caso de distribución o publicación, es obligatorio mencionar la fuente.

Esta plantilla se proporciona únicamente como orientación y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar con un profesional del derecho en cada caso particular.