



**MUNICIPALIDAD DE
EXALTACION DE LA CRUZ**

Formulario de denuncia OMIC-

Completa el formulario.-

(Los datos que tienen un asterisco * son obligatorios)

Fecha *

Datos personales.-

Nombre *

Apellido *

Tipo y N° de documento *

Sexo *

F	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

M	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Fecha de Nacimiento *

Domicilio * (calle, numero, piso y dto)

Localidad, municipio o barrio del domicilio *



**MUNICIPALIDAD DE
EXALTACION DE LA CRUZ**

Provincia *

Código Postal *

Correo electrónico *

N° teléfono *

Datos del reclamo

¿Sos titular del producto o servicio? *

SI	NO
-----------	-----------

¿Cuál es el problema? * (Describe el hecho y motivo de tu reclamo)



¿Cómo esperas que se resuelva? * (se puede seleccionar mas de una opción)

- Cambio de producto
- Bonificación en el abono
- Compensación de mis gastos
- Reparación del producto / servicio técnico
- Anulación de contrato
- Devolución del dinero
- Otro

¿Realizaste el reclamo al proveedor del producto o servicio? *

SI	NO
-----------	-----------

¿Realizaste el reclamo ante un organismo gubernamental? *

SI	NO
-----------	-----------

¿Dónde compraste el producto o contrastaste el servicio? *

Localidad, municipio o barrio de compra o contratación *

--

Provincia de compra o contratación *

--

¿Tenés una factura u otra documentación que sirva como prueba? *

SI	NO
-----------	-----------

¿Adjuntas documentación? *

SI	NO
-----------	-----------

Detalle de la documentación que adjunta *

--

Datos del proveedor

Nombre del proveedor (empresa o negocio) *

N° de CUIT *

Domicilio *

Localidad, municipio o barrio del proveedor*

Provincia del proveedor*

Firma

Aclaración