



FORMULARIO DE RECLAMACIONES

A la atención de:

FUNDACIÓN DE AYUDA AL DISCAPACITADO Y ENFERMO PSÍQUICO DE SORIA

Teléfono: 975232196

Email: programas@asovica.es

PRODUCTO / SERVICIO

REFERENCIA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN:

Número de pedido:

Fecha de pedido:

Recepción del pedido:

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre y apellidos: _____

CIF/NIF/NIE: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Email: _____

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma: