

**A LA OMIC DE \_\_\_\_\_**

**DATOS DENUNCIANTE PACIENTE DE CENTRO IDEAL:**

Nombre y apellidos:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

**DATOS DE DENUNCIANTE TITULAR DEL PRÉSTAMO**

Nombre y apellidos:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

**DATOS DEL DENUNCIADO:**

Empresa:

CIF:

Domicilio

**HECHOS**

**Primero:** Que tengo contratado un tratamiento consistente en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con la empresa, quien no ha cumplido el mismo porque  
el centro ha cerrado sus instalaciones.

**Segundo:** Que estoy abonando el tratamiento:

A través de un contrato vinculado con la Entidad Financiera \_\_\_\_\_

Sin Contrato de financiación.

**Tercero:** Que ya he abonado

El total del importe del tratamiento

El importe de \_\_\_\_\_ €

A través de:

La entidad financiera \_\_\_\_\_

Directamente a IDEAL

**Por todo ello**

**SOLICITO**

- 1) Que centros IDEAL cumpla el tratamiento contratado o que en caso de no hacerlo se resuelva el contrato y se devuelvan las cantidades abonadas en exceso por servicios no realizados o que han sido ejecutados defectuosamente.
- 2) Que la Clínica IDEAL me facilite la copia del historial clínico y de la documentación contractual y mercantil.
- 3) Que la entidad de crédito con la que estoy financiando el tratamiento suspenda de forma inmediata el pago de las cuotas de mi crédito, sin perjuicio de que posteriormente se liquiden las cantidades abonadas en exceso respecto a los trabajos efectivamente realizados por IDEAL.

Documentación que se adjunta :

Contrato con IDEAL

Contrato de financiación

Facturas/ recibos

Otros:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Fdo: