



FORMULARIO DE RECLAMACIONES

En _____ a _____ de _____ de _____ .

A la atención de:

FISIOTERAPIA Y SALUD MAJADAHONDA, S.L.

CALLE SAN ISIDRO, 23, MAJADAHONDA 28220, MADRID, España

Teléfono: 916 39 09 05

Email: ZENKEI@ZENKEI.ES

SERVICIO

REFERENCIA

_____	_____
_____	_____

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN:

Fecha de la compra:

Fecha de la cita:

DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre y apellidos:

CIF/NIF/NIE:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

Firma:

