

**A rellenar por la persona reclamante/ Erreklamatzailleak betetzekoa:**

Nombre y apellidos/ Izen-Abizenak: \_\_\_\_\_

.

D.N.I. o Pasaporte/ NANaren edo pasaportearen zk.: \_\_\_\_\_

.

Dirección/ Helbidea:

\_\_\_\_\_

.

Localidad/Herria:

\_\_\_\_\_

.

Teléfono/

Telefonoa: \_\_\_\_\_

.

**Motivo de la reclamación / Erreklamazioaren arrazoia:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Solicita / eskatzen du**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha de la reclamación Erreklamazioaren data**

**Firma de la persona reclamante/ Erreklamatzaillearen sinadura**