

Solicitud de cancelación anticipada de tratamiento dental en Dentix

D. / Dña. ...., con  
DNI nº....., paciente de la clínica Dentix de  
....., con nº de historia ..... por medio del  
presente escrito dirigido al Director Médico y al Director de clínica

**Solicito:**

La cancelación anticipada de mi tratamiento dental en Dentix y que sean restituidos los importes correspondientes a los servicios dentales no prestados, si los hubiese.

En la fecha de la presente solicitud quedo informado por parte de Dentix de su disposición para continuar prestando el servicio contratado ofreciéndose a concertar una cita médica con tal fin.

Nombre y apellidos del pagador (pago por transferencia, en efectivo o financiado):  
.....

DNI del pagador: .....

IBAN nº de cuenta del pagador: .....

Correo electrónico (para el envío de comunicaciones relativas a la presente solicitud)  
.....

Dentix se reserva el derecho a analizar la presente solicitud de cancelación y a determinar si procede o no el reintegro de los importes correspondientes conforme a derecho. La firma de Dentix en el presente documento acredita la recepción del mismo, pero no implica su aceptación.

Fecha de la presente solicitud: .....

Firma Paciente
----------------

Firma Director de Clínica	Firma Director Médico
( Firma de acuse de recibo de la solicitud)	( Firma de acuse de recibo de la solicitud)

Estimados Señores, /as:

D/Dña .....  
..... con DNI..... y domicilio a efectos de notificación en la  
C/..... municipio de.....  
provincia de.....

**EXPONE:**

**PRIMERO.-** Suscribí tratamiento médico-dental con la clínica.....  
..... con domicilio en Zaragoza, C/.....  
.....

**SEGUNDO.-** Para el abono del tratamiento hube se suscribir contrato de  
financiación vinculado con.....

**TERCERO.-** Como quiera que el tratamiento ha sido suspendido  
unilateralmente por la clínica, me veo en la obligación de suspender los pagos de la  
financiación en tanto no se reanude el tratamiento a mi completa satisfacción.

Por otra parte y de no llegar a completarse el tratamiento me reservo cuantas  
acciones convengan a mi derecho conforme a la legislación vigente en materia de  
protección al consumidor.

**OBSERVACIONES:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Por lo expuesto,

**SOLICITO** procedan de inmediato a suspender el cobro de recibos del préstamo  
vinculado al tratamiento citado

FDO. \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Guardar 1 copia, el original se debe mandar por correo certificado con  
aviso de recibo a la dirección de la financiera.