

Reklamacja usługi stomatologicznej

[MIEJSCOWOSC], [DATA]

[IMIE I NAZWISKO]

[ADRES]

[E-MAIL, TELEFON]

Do Kierownika

[NAZWA GABINETU / PODMIOTU LECZNICZEGO]

[ADRES GABINETU]

REKLAMACJA USŁUGI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia [DATA ZABIEGU] w [NAZWA GABINETU] wykonano u mnie [RODZA] USŁUGI, np. korone protetyczna na zębie nr [NUMER], proteze, leczenie kanałowe] za cene [KWOTA] zł.

Dowód: [PARAGON / FAKTURA NR ...] oraz dokumentacja medyczna leczenia.

Wykonana usługa okazała się wadliwa. [OPIS WADY, np. korona odpada i nie przylega, proteza uciska i uniemożliwia jedzenie, wypełnienie wypadło po [LICZBA] dniach].

Wade zgłosiłem/-am w gabinecie w dniu [DATA], jednak nie została usunięta.

Zamowilem/-am konkretny rezultat protetyczny, więc do umowy stosuje się przepisy o umowie o dzieło (art. 627 i nast. Kodeksu cywilnego) oraz o rekojmii za wady dzieła (art. 638 k.c.). Niezależnie od tego, na podstawie art. 471 k.c. gabinet odpowiada za nienależyte wykonanie zobowiązania.

W związku z powyższym wnoszę o [WYBIERZ: bezpłatne usunięcie wady / ponowne wykonanie pracy / obniżenie ceny o [KWOTA lub %] / zwrot [KWOTA] zł i odstąpienie od umowy z uwagi na wadę istotną].

Proszę również o wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej oraz zdjęć RTG.

Odpowiedzi oczekuję w terminie [LICZBA] dni, na adres [ADRES / E-MAIL].

W załączeniu: dowód zapłaty, dokumentacja medyczna, zdjęcia, [INNE DOWODY].

Z poważaniem,

[PODPIS]