

HOJA DE BAJA

Conocer la opinión de nuestros usuarios es fundamental, agradecemos nos ayude a mejorar completando todas las preguntas.

DEFINITIVA

Fecha de efectividad: ___/___/___

*Los espacios sombreados serán cumplimentados exclusivamente por personal IMD

TEMPORAL (sólo abonados IMD)

Fecha de inicio: ___/___/___

Fecha de reincorporación (máximo fecha de inicio + 2 meses) ___/___/___

Importe: _____

*El uso de la baja temporal supone la suspensión durante el periodo solicitado, de su condición como abonado IMD

Estimados Sres.:

En virtud del presente escrito, yo D/Dña _____
Con DNI número _____ en cumplimiento de lo previsto en las Normas de Uso y Funcionamiento del IMD, les comunico:

- Mi baja voluntaria definitiva como abonado/cursillista al IMD (en caso de ser la misma persona)
- La baja voluntaria de _____ como abonado/cursillista del IMD (en caso de ser menor de edad)

EN CASO DE BAJA DEFINITIVA:

- * Si usted tuviera a cargo otro abonado con cuota familiar éste pasará a a cuota Abonado Plus
- * Las bajas serán efectivas a partir del mes siguiente en el que se presente la solicitud, siempre que la misma se tramite entre los días 1 y 15 de cada mes, y a partir del segundo mes posterior, si dicha solicitud tiene lugar entre los días 16 y último de mes
- * El abonado/cursillista se compromete a la devolución del carnet de abonado/cursillista al cumplirse dicho plazo

1.- Indíquenos el motivo por el que solicita su baja como abonado IMD:

- Traslado a otra ciudad
- Desempleo
- Falta de tiempo
- Salud
- Precios
- Cambio a otras instalaciones
- Calidad del servicio, especificar:
 - Fitness
 - Actividades Dirigidas
 - Piscinas
 - Mantenimiento/limpieza

2.- Valore las instalaciones (1 Nada Satisfecho y 5 Muy Satisfecho)

Valoración (1-5)	Mantenimiento	Personal	Limpieza	Horarios	Acceso	Calidad/Precio	Instalaciones

Recomendación: ¿Recomendaría el servicio? (Sí / No) _____

Firma solicitante

Fecha: ___/___/___

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN