*гр.София 1784, бул.Цариградско шосе 115 Г, МЕГАПАРК тяло Е, етаж 6*
*Тел: 02/811 50 50; 811 50 55; 811 50 60; 0700 18 180*

# ФОРМА ЗА ПОДАВАНЕ НА КЛИЕНТСКО ОПЛАКВАНЕ

Имена на клиента: _____

Клиентски номер: _____

E-mail: _____ Телефон /факс: _____

Адрес за кореспонденция: _____

Желая да получа отговор на оплакването си на посочения от мен:

☐ e-mail ☐ адрес за кореспонденция ☐ факс

Същност на оплакването (моля изложете оплакването си колкото може по-детайлно) :

Дата: _____ Подпис на клиента: _____

Оплакването е прието на _____ от _____
(дата) (имена и подпис на служителя)

Отговор на оплакването е изпратен на _____ от _____
(дата) (имена на служителя)