

Apel <input type="checkbox"/>		Reclamație <input type="checkbox"/>		Data:	
Date identificare Apelant /Reclamant:					
Adresă:					
Nr. înregistrare ORC:					
CUI/CNP:					
Fax:					
Telefon:					
Email:					
Reprezentant legal sau:					
Persoană de contact:					
Descrierea aspectelor contestate:					
<input type="checkbox"/> Apel			<input type="checkbox"/> Reclamație		
Dovezi obiective pentru susținerea contestației (Anexe):					
Soluționarea solicitată de către Reclamant/Apelant:					
Reprezentant legal, semnătura:				Data:	
sau					
Persoană contact, semnătura:				Data:	