



Consumer Protection Directorate

إدارة حماية المستهلك

استمارة تقديم شكوى

Complaint Form

صفة مقدم الشكوى Relationship to the Complainer	الرقم الشخصي CPR	اسم المشتكي Complainer's Name	التاريخ Date
البريد الإلكتروني Email		أرقام التواصل Contacts	اسم مقدم الشكوى Applicant's Name
Person with a Disability	<input type="checkbox"/>	من ذوي الهمم	

Complaint Content

موضوع الشكوى

	توقيع مقدم الشكوى Applicant's Signature
--	--

Investigation Outcome

نتيجة التحقيق في الشكوى

الرقم	التاريخ	تسلسل الإجراءات

Documents supporting the complaint

المستندات الداعمة للشكوى

أخرى Others	الاتفاقية Agreement	الضمان Warranty	رصيد الشراء Purchasing Receipt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Defendant's Information

بيانات المشكو في حقه

العنوان Address	الفاكس Fax	الهاتف Phone	اسم الجهة المشكو بحقها Defendant's Name

For Official Use Only

للاستخدام الرسمي فقط

الرقم التسلسلي Serial No.	جهة الاستلام Received through

التاريخ Date	اسم الموظف المتابع للشكوى Specialist Name	توقيع رئيس القسم أو من ينوب عنه Chief/Acting Signature

