



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

Complaint Content

موضوع الشكوى

	توقيع مقدم الشكوى Applicant's Signature
--	--

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

	جهة الاستلام Received through	الرقم التسلسلي Serial No.
التاريخ Date	اسم الموظف المتابع للشكوى Specialist Name	توقيع رئيس القسم أو من ينوب عنه Chief/Acting Signature

