

ЖАЛБА ФОРМ

		ДАТУМ:
ИМЕ: _____	РЕЛЕВАНТНИ ДОКУМЕНТИ: (У прилогу: факс, писма, записи телефонске комуникације итд.)	
АДРЕСА: _____		
ТЕЛ.: _____ ФАКС: _____		
ОСОБА ИН НАПЛАТА: _____		
ПРОБЛЕМ ОПИС		

То бити завршио од Организација

АКЦИЈА:		
ОДГОВОРАН ЗА ИМПЛЕМЕНТАЦИЈ У:		ДАТУМ:
РЕФЕРЕНЦЕ ТО ДЕЛОВАЊЕ: КОРЕКТИВНО ДЕЛОВАЊЕ <input type="checkbox"/> ПРЕВЕНТИВНО АКЦИЈА <input type="checkbox"/>		
ДИРЕКТОР ОФ МАРКЕТИНГ & ПРОДАЈА (Пуно име & Потпис)		ДАТУМ: