

Apellyasiya / Etirazlar FORMU

Tarix :	<input type="checkbox"/> Etiraz
Ad/Soyad :	Cədvəl A doldurulmalıdır
Operator və ya Şirkətin adı :	<input type="checkbox"/> Apellyasiya
Operator kodu :	Cədvəl B doldurulmalıdır
<b>ƏSASLANMA</b>	
<b>Cədvəl A</b>	
1) Etiraz ediləcək akt :	
aktın tarixi və məsul şəxs :	
3) Tələb olunan hərəkət :	
<b>Cədvəl B</b>	
1) Şikayət edilməli olan qərar :	
2) Bildiriş tarixi və Qərar qəbul edən orqan:	
3) Tələb olunan hərəkət :	

Şikayətçinin imzası

Katib İmza

Qəbul tarixi

**YAŞIL XƏTTİN ALTINDA YAZMAYIN**

**CERT SA TARAFINDAN DOLDURULACAQ**

verildiği vaxta görə qəbul edilir  <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> yox	Şikayətçinin iştirakı tələb olunurmu ;  <input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> yox	İmtahan / Apellyasiya Baxışının Tarixi:  Adı / İmza
---	---	--