

АППЕЛИЯЛЫҚ / ҚАРСЫЛЫҚ ПЛАНСЫ

Күні :	<input type="checkbox"/> Қарсылық А кестесі толтырылады
Аты/тегі :	
Оператор немесе компания атауы :	<input type="checkbox"/> Апелляция В кестесі толтырылады
Оператор коды :	
НЕГІЗДЕУ	
Кесте А	
1) Қарсылық білдіретін акт :	
актінің күні және жауапты тұлғасы :	
3) Сұралған әрекет :	
Кесте Б	
1) Шағымдануға жататын шешім :	
2) Хабарлама күні және шешім қабылдаған орган:	
3) Сұралған әрекет :	

Шағымданушының қолы

Хатшы қолы

Қабылдау күні

ЖАСЫЛ ЖОЛДЫҢ АСТЫНДА ЖАЗБАҢЫЗ

CERT SA ТОЛТЫРУ

берілген уақыт бойынша қабылданады , <input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ	Шағымданушының болуы қажет пе ; <input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ	Емтихан/апелляцияны қарау күні: Аты-жөні / Қолы
---	--	---