

ФОРМА АПЕЛЯЦІЇ / ЗАПЕРЕЧЕНЬ

Дата :	<input type="checkbox"/> Заперечення
Ім'я/Прізвище :	Таблицю А необхідно заповнити
Назва оператора або компанії :	<input type="checkbox"/> Звернення
Код оператора :	Таблицю В необхідно заповнити
ОБҐРУНТУВАННЯ	
Таблиця А	
1) Акт, який потрібно оскаржити :	
2) Дата та відповідальна особа акта:	
3) Запитана дія :	
Таблиця Б	
1) Рішення, яке оскаржується :	
2) Дата повідомлення та орган, який приймає рішення:	
3) Запитана дія :	

Підпис скаржника

Секретар Підпис

Дата отримання

НЕ ПИШІТЬ НИЖЧЕ ЗЕЛЕНОЇ РІНКИ

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ CERT SA

Приймаються апеляція/заперечення щодо часу подання , <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> немає	Чи потрібна присутність скаржника; <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> немає	Дата розгляду/розгляду апеляції: Name / Signature
---	---	--