

TEMPLATE GRIEVANCE FORM

ФОРМУЛЯР ЗА ОПЛАКВАНИЯ

<b>Референтен №:</b>	
<b>Имена на подателя:</b> <i>Бележка: Можете да поискате да не бъде разкривана самоличността Ви на трета страна без изричното Ви съгласие.</i>	<b>Първо име:</b> _____  <b>Фамилно име:</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Моля да не бъде разкривана самоличността ми без изричното ми съгласие</b>
<b>Контакти:</b>  <b>Моля, отбележете как искате да се окъществви контакт с Вас (по поща, телефон, имейл).</b>	<input type="checkbox"/> <b>По пощата: Моля, дайте точен пощенски адрес:</b> _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> <b>По телефона:</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>По имейл:</b> _____
<b>Предпочитан език за комуникация</b>	<input type="checkbox"/> <b>Български</b> <input type="checkbox"/> <b>Румънски</b> <input type="checkbox"/> <b>Английски</b>
<b>Описание на инцидента или оплакването:</b>	
Какво се случи? Къде се случи? На кого се случи? Какви са последствията от възникналия проблем?	
_____          	
<b>Дата на инцидента/повода за оплакване</b>	<input type="checkbox"/> <b>Еднократен инцидент/повод за оплакване (дата _____)</b> <input type="checkbox"/> <b>Повече от един инцидент/повод за оплакване (колко пъти? _____)</b> <input type="checkbox"/> <b>Повтарящ се инцидент/повод за оплакване (проблем, който продължава и в момента)</b>
<b>Какво бихте искали да бъде направено, за да се реши проблемът?</b>	
_____          	

Подпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_