



نموذج تقديم شكوى رسمية - مستفيدين

بيانات المشتكى		
رقم المستفيد		اسم المستفيد الرباعي
وسائل الاتصال		صلة قرابة المتقدم للشكوى للمستفيد
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني	<input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> أب <input type="checkbox"/> أخت <input type="checkbox"/> أخ
بيانات المشتكى عليه		
الدور		اسم (الشخص / الجهة) المتظلم منها
<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> مستفيد <input type="checkbox"/> عميل		
تفاصيل الشكوى		
		موضوع الشكوى
		نص الشكوى
	التوقيع	التاريخ

* ملاحظة: يرجى إرفاق الأدلة والبراهين التي تثبت صحة التظلم/ الشكوى ليتم النظر فيها.

صاحب الصلاحية		
		الاسم
		المنصب
		الإجراء المتخذ لمعالجة الشكوى
	التوقيع	التاريخ