

# Formular de reclamație



|                                                                 |                                                                                                |                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Nume complet</b>                                             |                                                                                                |                                           |                                                     |
| <b>Reclamație anonimă</b>                                       | <input type="checkbox"/> Vreau sa depun reclamație anonim                                      |                                           |                                                     |
| <b>Metoda preferată de contact</b><br>Bifați varianta preferată | <input type="checkbox"/> <b>Poșta:</b> Vă rugăm specificați adresa:                            |                                           |                                                     |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> <b>Telefon:</b> Vă rugăm specificați numărul de telefon:              |                                           |                                                     |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> <b>E-mail:</b> Vă rugăm specificați adresa de E-mail:                 |                                           |                                                     |
| <b>Limba preferată</b>                                          | <input type="checkbox"/> Română                                                                | <input type="checkbox"/> Engleza          | <input type="checkbox"/> Alta (menționați)<br>_____ |
|                                                                 |                                                                                                |                                           |                                                     |
| <b>Descriere</b>                                                | Ce s-a întâmplat? Unde s-a întâmplat? Cine a fost implicat? Care este rezultatul incidentului? |                                           |                                                     |
|                                                                 |                                                                                                |                                           |                                                     |
| <b>Data incidentului/reclamației</b>                            |                                                                                                |                                           |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Incident singular                      | <input type="checkbox"/> Incident care s-a repetat de ____ ori                                 | <input type="checkbox"/> Incident în curs |                                                     |
|                                                                 |                                                                                                | (problema este în desfășurare)            |                                                     |
|                                                                 |                                                                                                |                                           |                                                     |
| <b>Cum credeți că putem rezolva problema?</b>                   |                                                                                                |                                           |                                                     |
|                                                                 |                                                                                                |                                           |                                                     |