

Mgr. Ivan Jelínek
Lipová 807/14
434 01 Most
IČ 40242293

FORMULÁŘ PRO ZÁZNAM STÍŽNOSTI/REKLAMACE

Datum podání stížnosti/ reklamace	
Klient	
Jméno a příjmení	
Adresa	
Telefon	
E-mail	
Stížnost/ Reklamace	
Předmět stížnosti (např. číslo pojistné smlouvy, konkrétní kalkulace pojištění, číslo škodné události, apod.)	
Příjemce stížnosti / Reklamace	
Datum převzetí stížnosti/Reklamace	
Popis stížnosti/ Reklamace a podpis stěžovatele (je-li zasíláno písemně poštou):	