

ДО
ОКС ПРИ
“ТРАНС МЕД КОНСУЛТ” ООД
ПЛОВДИВ

ЖАЛБА И/ИЛИ ВЪЗРАЖЕНИЕ

От

(име, фамилия, фирма, номер на пълномощно)

ЕГН

Адрес

Телефон / факс

.....

(дата и номер на сертификата, който е предмет на жалбата и/или възражението)

Кратко описание на естеството на жалбата и/или възражението:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Декларирам с подписа си, че съм съгласен в случай, че резултат от повторения контрол потвърди възражението разходите да се заплатят от вносителя на възражението

дата.....

Внесъл:

Приел жалбата и/или възражението:

В случай, че резултат от повторения контрол потвърди възражението, разходите са за сметка на ОКС.