

Nr rej.:

D r u k r e k l a m a c y j n y

z ustnego/telefonicznego/pisemnego^(*) przyjęcia reklamacji^(*) dotyczącej wywozu odpadów komunalnych z terenu Gminy Kawęczyn

.....
(imię i nazwisko lub nazwa wnoszącego reklamację) oraz dokładny adres

Zmieszane segregowane(*)

.....
(rodzaj niezrealizowanego wywozu- rodzaj odpadów) (data niezrealizowanego wywozu wg harmonogramu)

.....
(opis zdarzenia będącego przyczyną zgłoszenia)

.....
(kontakt telefoniczny)

.....
(godz. przyjęcia reklamacji – w przypadku zgłoszenia telefonicznego *1)

.....
(podpis wnoszącego reklamację)

.....
(imię, nazwisko, podpis i stanowisko służbowe przyjmującego reklamację)

Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia reklamacji^(*) (art. 23 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(imię i nazwisko, podpis)

^(*)niepotrzebne skreślić

^(*) w przypadku telefonicznego złożenia reklamacji wpisać godzinę jej przyjęcia