



Folio / File: _____

Fecha / Date: _____

Hora / Time: _____

Formato de Quejas

Nombre / Name: _____

Domicilio / Address: _____

Ciudad / City: _____ **Estado/ State:** _____

País / Country: _____ **C.P / Zip Code:** _____

Teléfono / Phone (Área): _____ **E-mail:** _____

Motivo de la Queja / Coicplaint: _____

Relacionada con / Related to: _____

Queja (Breve explicación de los hechos / Complaint Description:

Observaciones / Observations: _____

Denunciante

Receptor