

CLIENT COMPLAINT REPORTING FORM

Please fill in the form, sign and scan it back to us at compliance@salaminv.com

Complaint Date: (DD/MM/YYYY)	
Full Name:	
Account number with the Company:	
Address of the Complainant:	
E-mail Address:	
Phone Number:	
Does your complaint involve a financial loss?	
Specify the Department and/or Employee involved (if applicable)	

Kindly provide details in relation to your Complaint: description (including date and time the incident occurred), loss/damage, suggested resolving action.

Date: _____ Client's Signature: _____

For Internal Use Only

Received on:		Assigned to:	
Received by:		Signature :	

نموذج الإبلاغ عن شكوى للعميل

يرجى تعبئة النموذج وتوقيعه ومن ثم مسحه ضوئياً وإعادة إرساله إلينا على البريد الإلكتروني compliance@salaminv.com

تاريخ الشكوى (يوم/شهر/سنة):	
الاسم الكامل:	
رقم الحساب لدى الشركة:	
عنوان المشتكي:	
عنوان البريد الإلكتروني:	
رقم الهاتف:	
هل شكواك تتضمن خسارة مالية؟	
حدد القسم و/أو الموظف المعني (إن وجد)	

يرجى تزويدنا بالتفاصيل المتعلقة بشكواك: الوصف (يتضمن تاريخ ووقت وقوع الحادث)، الخسارة/الضرر، والحل المقترح للمسألة.

التاريخ: _____ توقيع العميل: _____

للاستخدام الداخلي فقط

تاريخ استلام الشكوى:		أحيلت الشكوى إلى:	
تم استلامها من قبل:		التوقيع:	