

Data: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMANTE

(O preenchimento da Identificação do Reclamante não é obrigatório, caso pretenda que a sua reclamação seja anónima)

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

MOTIVO DA RECLAMAÇÃO

(Descritivo da Reclamação)

OBSERVAÇÕES

(Campo reservado à MWS – Master Welding Solutions, Lda.)

Recebido por: _____

Assinatura do Reclamante: _____
(Não Obrigatório)