



PLMOT

CENTRUM CERTYFIKACJI  
MOTORYZACJI

# CENTRUM CERTYFIKACJI MOTORYZACJI PLMOT

Załącznik nr CCM/Z/05

Wykaz skarg otrzymanych przez rzeczoznawcę samochodowego

Adres siedziby:

ul. Kołłątaja 1, lok. 1020  
81-332 Gdynia

Nr rejestracyjny: .....  
(uzupełnia CCM PLMOT)

## I. DANE IDENTYFIKACYJNE:

- a) Imię i nazwisko: .....
- b) Nr certyfikatu ..... zachowującego ważność do dnia .....
- c) Certyfikat wydany przez .....

## II. WYKAZ SKARG:

Lp.	Dane składającego skargę (imię i nazwisko lub nazwa)	Data otrzymania	Nr, cel i data wystawienia opinii	Sposób rozstrzygnięcia sporu	Podpis kandydata/rzeczoznawcy


.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis*

---

*Poniższe uzupełnia CCM PLMOT*

.....  
*Podpis i pieczęć kierownika CCM PLMOT*