



Stimate Client,

Vă mulțumim pentru exprimarea opiniei dumneavoastră.

Informațiile complete și corecte pe care ni le transmiteți ne vor ajuta să vă răspundem într-un timp cât mai scurt.

Puteți atașa prezentului formular copii ale documentelor relevante în soluționarea cazului.

**IMPORTANT:** Câmpurile notate cu \* sunt obligatorii! Dacă unul din aceste câmpuri nu este completat, reclamația Dumneavoastră nu va fi luată în considerare.

I. DATE DE IDENTITATE	
TIP CLIENT	
PF <input type="checkbox"/> NUME / PRENUME*	CNP <input type="text"/>
PJ <input type="checkbox"/> DENUMIRE COMPANIE	CUI
Adresa e-mail	
Telefon*	
Fax	
Localitate*	
Adresă de corespondență*	
Client Alpha Bank Romania S.A.	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>

II. DESCRIERE RECLAMAȚIE	
Specificați modalitatea în care doriți să primiți răspunsul la această reclamație	Poștă <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/>

Data depunerii

Semnătura



## III. REZERVAT BĂNCII

Se completează de către unitatea care primește reclamația.

Denumire unitate la care s-a depus cererea	
Nr. de înregistrare / Data	
CIF client	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Nume și prenume salariat  
ALPHA BANK ROMANIA

Semnătura  
(L.S.)

Se completează de către Departamentul Asigurarea Calității

Prioritate reclamație	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Tip sesizare	Reclamație	<input type="checkbox"/>		
	Cerere / Solicitare	<input type="checkbox"/>		
	Comentariu pozitiv	<input type="checkbox"/>		
	Sugestie	<input type="checkbox"/>		