

بسمه تعالی

فرم شماره ۱۰

طرح شکایت مجامع داوطلبی

نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نشانی محل کار یا سکونت	تلفن همراه	تلفن ثابت

طرح شکایت:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تاریخ و امضاء: