



对企业/公司提出的投诉表

Santa Clara County
Office of the District Attorney
 Mediation Services, Consumer Protection Unit
 70 West Hedding Street
 San Jose, CA 95110
 电话: 408-792-2880
 电邮: consumer@dao.sccgov.org

For Office Use Only: (仅由办公室填写:)
CM- _____
CV - _____

* 表示必须填写的栏目

有关您的信息			
名*		姓*	
邮寄地址*			
城市*		州*	邮政编码*
		国家 (如果不是美国)	
日间电话号码*	晚间电话号码	手机号码	
居住地所在县*		电子邮件地址*	
有关您对其提出投诉的公司的信息			
公司名称*		公司拥有人/负责人姓名	
公司地址			
城市		州	邮政编码
		国家 (如果不是美国)	
电话号码		传真号码	
公司的网址 (URL) / 网站		电子邮件地址	
投诉信息			
交易日期		账号 (如适用)	
涉及的产品或服务*			
产品或服务是否刊登广告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		在哪里:	何时:
支付的总金额	有争议的金额	如何付款: <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
您是否签署了合同? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在哪里签署的合同?	开始日期	失效日期

您是否对公司或个人提出了投诉？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果回答“是”，何时和用何种方法？日期：_____	
		<input type="checkbox"/> 通过邮件/电子邮件 <input type="checkbox"/> 打电话/发传真 <input type="checkbox"/> 当面	
联系人		职称	电话号码
公司/个人是如何回答您的？			
您在寻求哪一种形式的补偿（例如，交换、修理、退款等？*）			
您是否在另一个机构提交投诉？		如果回答“是”，机构名称	
您是否聘请了律师在这个案例中代表您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果回答“是”，律师姓名	律师的电话号码
您是否提起诉讼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果回答“是”，案例号码：_____	
		法院所在地：_____	
		案例审理状况：_____	
投诉总结* （本栏目不得超过 1500 个字符。超过字符限制的文字不会被保存。）			
重要信息 <ul style="list-style-type: none"> • 投诉可能被转给调解部，以协助双方达成双方均能接受的解决方案。当达成协议或任何一方拒绝进一步参与时，调解即告结束。 • 如果投诉属于另一个地方、州或联邦机构的管辖范围，我们可能会将您的投诉转给该机构。此外，可能会与其他政府机构分享投诉内容。 • 本办公室无权向个人消费者提供法律建议或担任私人法律代表。 • 请附上您可能拥有的任何证明文件的复印件，例如信件、合同、账单、收据等。请勿发送原件。 			
声明			
我提交本投诉即确认此处的信息真实准确。			
我理解会将本投诉的一份副本发送给我投诉的企业。			
[如果您对收到投诉副本的企业有疑虑，请在提交投诉后打电话给调解部，电话号码 408-792- 2880，或发电子邮件至consumer@dao.sccgov.org。]			
我授权企业向圣克拉拉县地区检察官办公室披露与本投诉相关的所有信息。			
签名	用大写字母填写姓名		日期