



**Formularz zgłoszenia skargi.**

wersja: **A.0**

strona **1 z 1**

.....  
(*miejsowość, data*)

**Do**  
ASTRAL LIMITED  
UL. ZYGMUNTA AUGUSTA  
11 lok. 511/512  
81-359 GDYNIA

*Imię i nazwisko lub nazwa wnoszącego skargę:*

.....  
.....

*Adres wnoszącego skargę:*

.....  
.....

*Opis skargi:*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Liczba i treść załączników:*

.....  
.....

*Oczekiwania zgłaszającego:*

.....  
.....

*Dane pracodawcy (podmiotu), którego skarga dotyczy:*

*Nazwa:*

.....  
.....

.....  
(*podpis zgłaszającego*)