



请将此表格返回至：

Consumer Protection Unit
DEPARTMENT OF JUSTICE
STATE OF DELAWARE
820 N. FRENCH STREET, 5TH FLOOR
WILMINGTON, DE 19801
电话：（302）577-8600 或（800）220-5424
传真：（302）577-6499
电子邮件：consumer.protection@state.de.us

供官方使用：
案例编号： _____
调查员： _____

投诉声明

您的姓名

投诉所针对的个人或企业

您的家庭住址：

地点：

号码和街道：

号码和街道

城镇：

城市

城市：

州和邮政编码

州和邮政编码：

电话号码

电话号码：

电子邮件地址

主页：

工作：

电子邮件地址：

请用正楷字体填写或打字输入您的投诉的完整详细信息。如有必要，您可以添加其他工作表。

您是否已向商业改善局投诉？

您是否向任何其他政府机构或警方报告过此投诉？如果回答为“是”，您向哪些机构投诉过？

您是否参与了与该投诉有关的个人或企业的法庭诉讼？如果回答为“是”，请说明。

您希望通过这次投诉得到什么样的结果？

请附上与此投诉相关的所有文件的副本（非原件），包括任何广告、合同、收据、账单、注销支票、书面协议、信件或电子邮件。

在签署以下内容之前，请仔细阅读以下内容：

- 我已附上与此投诉相关的所有文件的副本。
- 我了解，为了成功处理此投诉，消费者保护组（Consumer Protection Unit）可能需要将此投诉发送给我投诉的个人或企业。
您必须选中以下选项之一：

我允许您向我投诉的个人或企业发送此投诉。

我不允许您向我投诉的个人或企业发送此投诉。

- 据我所知和所信，此投诉中包含的信息均真实无误。

签名

日期

重置

提交