



Beschwerden über
unsere Dienstleistungen?



Interföderales Zentrum
für Chancengleichheit

Dienstbeschwerdeformular

1. Ihre Kontaktangaben

Name*

Vorname*

Straße + Hausnr.*

PLZ*

Gemeinde/Stadt*

Telefon- oder Handy-Nr.:

E-Mail-Adresse:

* Pflichtangaben

2. Ihre Dienstbeschwerde

Datum:

Gegenstand:

(Tragen Sie hier bitte Ihre Dienstbeschwerde ein)