

	FORMAT	No. Dok : F.9.7-1
	KELUHAN ATAU BANDING	Rev : 00 Tanggal Terbit : 30 Mei 2023

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan :

Identitas Pelapor		
Nama	:	
Jabatan	:	
Nama Perusahaan	:	
Alamat Perusahaan	:	
No Telepon/HP	:	

Isi Keluhan/Banding*
.....20 Pelapor (.....)

Diisi oleh LSSM	
Validasi Keluhan/Banding*	☐ Valid ☐ Tidak Valid
Catatan	
No. Penyelesaian Keluhan/Banding*	
Jakarta, Divalidasi oleh (.....) 	

Note :

- Mohon dapat memberikan rincian dan bukti dokumen terhadap keluhan dan/atau banding yang diajukan

