



霍华德郡消费者保护办事处

消费者投诉表格

投诉 件号码# (尽供办事处内部作业使用): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**消费者资料**

您的姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州名: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

日间电话: \_\_\_\_\_ 备用电话: \_\_\_\_\_

电邮地址: \_\_\_\_\_

**商家资料**

姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州名: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

电邮地址: \_\_\_\_\_

网站: \_\_\_\_\_

在此表格的背面, 请陈述您的消费纠纷详情。并附上您的消费纠纷投诉件有关文件的副本 (非原件)。将填妥的表格寄送至:

**消费者保护办事处/Office of Consumer Protection**

9830 Patuxent Woods Drive

Columbia, MD 21046

电话: 410-313-6420. 传真: 410-313-6452 电邮地址: [consumer@howardcountymd.gov](mailto:consumer@howardcountymd.gov)

**陈述**消费纠纷详情（请陈述您的消费纠纷详情，包括重要日期和被投诉商家及有关人员的姓名，如有需要加页，请自行使用额外的纸张加页）

**什么是您想要的解决方式？**

如有需要加页，请自行使用额外的纸张加页）

**依据各州和郡法律，当投诉案件结案后所有投诉有关资料将成为公有的资料。**

签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

如需此表格的其他格式，请与消费者保护办事处联络：电话 410-313-6420（语音/中继），或发送电子邮件至 [consumer@howardcountymd.gov](mailto:consumer@howardcountymd.gov)