|  |  |
| --- | --- |
| **KARAKÖPRÜ KAYMAKAMLIĞI**  **TÜKETİCİ HAKEM HEYETİ BAŞKANLIĞINA**  **BAŞVURU TARİHİ : ….. / ….. / 2017**  **BAŞVURU NUMARASI : 2017 / 1605 . ………**    **BAŞVURU SAHİBİNİN KİMLİK BİLGİLERİ**  **T.C. Kimlik Numarası\* :**  **Adı ve Soyadı\* :**  **BAŞVURU SAHİBİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ**  **İkamet Ettiği İl / İlçe\* :**  **Adresi\* :**  **Elektronik Postası :**  **Telefon Numarası\* :**  **VARSA BAŞVURU SAHİBİNİN VEKİLİNİN:**  **T.C. Kimlik Numarası :**  **Adı ve Soyadı :**  **Adresi :**  **İletişim Bilgileri :**  **ŞİKAYET EDİLENİN BİLGİLERİ**  **Ticaret Unvanı\* :**  **Adresi :**  **İli / İlçesi :**  **Telefonu :**  **Faksı :**  **UYUŞMAZLIK KONUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER**  **Uyuşmazlık Tarihi :**  **Uyuşmazlık Bedeli\* :**  **Uyuşmazlık Konusu : Sigorta ücretleri.**  **Başvuru Sahibinin Talebi\* :**  **AÇIKLAMALAR**:  Ödemiş olduğum Sigorta ücretleri v.s. çeşitli ad altında alınan ücretlerin 4822 sayılı kanun ile değişik 4077 ve 6502 sayılı Tüketicinin Koruması Hakkında Kanun’a göre haksız şart sayıldığından tarafıma iade edilmesi hususunda  Gereğini arz ederim  **Başvuru Sahibinin İmzası\* :**  (\*) ile işaretlenen alanların doldurulması zorunludur. |  |