

OFICINA PARA EL REORDENAMIENTO DEL TRANSPORTE (OPRET)
METRO DE SANTO DOMINGO



FORMULARIO PARA QUEJAS Y RECLAMACIONES

No. de Caso: _____

Complete este formulario preferiblemente en letra de molde

A completar por el usuario

Escoja una opción: Queja Reclamación

DATOS DEL INCIDENTE

*Fecha _____ *Hora _____ *Estación: _____ Línea: _____

Si se produjo en ruta, indicar tramo:

Entre las estaciones _____ y _____ Línea _____ No. Tren _____ Coche _____

DATOS DEL USUARIO

*Nombres y Apellidos: _____ Cédula _____

Dirección: Calle _____ No. _____

Sector _____ *Tel. Casa _____ *Tel. Celular _____

Correo Electrónico: _____

*Título de Transporte: _____ No de Tarjeta _____

DESCRIPCION

Asunto: _____

Detalle: (Describa el incidente de forma concisa, ateniéndose a los hechos concretos ocurridos)

Dado en Santo Domingo el día _____ del mes de _____ del año _____ Hora: _____

Firma

A completar por personal de Operaciones

Recibida por el agente código _____ Nombre y Apellidos: _____

Estación _____

0000000

*Campos Obligatorios

Para seguimiento del caso favor comunicarse al 809-333-2670 Ext. 1112

Trabajamos por un mejor transporte, gracias por su colaboración

Original: Oficina Atención al Usuario

Copia Verde: Usuario

Copia Azul: Archivo de estación