ଗ୍ରାହକ ଅଭିଯୋଗ ଫର୍ମ

DCB BANK

ନଂ.:

ତାରିଖ: D D M M Y Y Y Y

ଶାଖା _____

ଶ୍ରୀ / ଶ୍ରୀମତୀ / ସୁଶ୍ରୀ

(ପ୍ରଥମ ନାମ) (ମଧ୍ୟମ ନାମ) (ଶେଷ ନାମ)

ଠିକଣା:

ଦେଶ: ରାଜ୍ୟ:

ସହର: ପିନ୍:

ଲ୍ୟାଣ୍ଡଲାଇନ ନଂ: ମୋବାଇଲ ନଂ:

ଖାତା ସଂଖ୍ୟା:

ଆପଣଙ୍କର ଅଭିଯୋଗ ସମ୍ବନ୍ଧିତ:

ଆପଣଙ୍କ ଅଭିଯୋଗ ସଂକ୍ଷିପ୍ତରେ:

Dec 23 / 1.0

ଅଭିଯୋଗକାରୀଙ୍କ ଦସ୍ତଖତ