

İtiraz/Şikâyet Eden Adı Soyadı		İtiraz/Şikâyet No	
Telefon/e-mail		Mesleği	
Adres			

İtiraz/Şikâyetin Konusu:

*Aşağıdaki kısımlar yetkili kişi(ler) tarafından doldurulacaktır.

İtiraz/Şikâyeti Alan		İtiraz/Şikâyet Tarihi		İmza	
Şikâyetin/İtirazın alınma tarihinden itibaren 10 gün içerisinde şikâyet sahibine bilgi verdi mi?			<input type="checkbox"/>	Tarih:	

Değerlendirme Sonucu:					
Değerlendirme Tarihi:					
İtiraz/Şikâyete Cevap Veriliş Tarihi:					
DÖF Gerekli İse DÖF No:					
Değerlendirmeyi Yapan:		Tarih		İmza	

Yönetim Temsilcisi	Genel Müdür