

INSPERLA TEST GÖZETİM BELGELENDİRME LTD. ŞTİ.	
İtiraz ve Şikâyet Etme / Değerlendirme Formu	Doküman No: FR.607

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	
Şikâyetin/İtirazın alınma tarihinden itibaren 5 gün içerisinde şikâyet/itiraz sahibine bilgi verdi mi?		☐	Tarih:

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

Yönetim Temsilcisi	Genel Müdür