

ŞİKAYET - İTİRAZ FORMU

TARİH/Date : / /

Şikayet/İtiraz No/Complaint/Appeal No :

☐ ŞİKAYET / COMPLAINT☐ İTİRAZ/ APPEAL**ŞİKAYET / İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ /COMPLAINANT / APPEALER INFORMATION**ADI SOYADI/Name
SurnameFİRMA ADI
/Company NameFİRMA ADRESİ
/Company Address

TELEFON /Phone

FAX/Fax

E-POSTA /e-mail

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ
ŞEKLİ /Received Way of
Complaint/Appeal☐ TELEFON
/Phone☐ FAKS /Fax☐ E-POSTA / e-
mail☐ SÖZLÜ / Oral**ŞİKAYET / İTİRAZ KONUSU /Complaint/Appeal Subject :**Şikayet / İtiraz Sahibi /Complainant/Appealer
İSİM/İMZA /Name-Surname/ SignatureŞikayeti/İtirazı Alan /Complaint/Appeal Received by
İSİM/İMZA /Name-Surname/ Signature***Bundan sonraki kısımlar Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır. Below part is filled by Quality Manager****ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ /Cause of Complaint/Appeal:****YAPILACAK İŞLEM /Actions :****SONUÇ /Result :****KALİTE YÖNETİCİSİ ONAYI /Quality Manager Approval :**