



ŞİKAYET-İTİRAZ FORMU
COMPLAINT-APPEAL FORM

TARİH/Date :

ŞİKAYET/COMPLAINT

İTİRAZ/APPEAL

ŞİKAYET/İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ / COMPLAINANT/APPEALER INFORMATION

ADI SOYADI-GÖREVİ

Name Surname-Position

FİRMA ADI

Company Name

FİRMA ADRESİ

Company Address

TELEFON/Phone

E-POSTA/e-mail

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ ŞEKLİ

Received Way of Complaint/Appeal

TELEFON

Phone

E-POSTA

e-mail

SÖZLÜ

Verbal

ŞİKAYET/İTİRAZ KONUSU / Complaint/Appeal Subject:

Şikayet/İtiraz Sahibi / Complainant/Appealer
İSİM-SOYİSİM/İMZA / Name-Surname/ Signature

Şikayeti/İtirazı Alan / Complaint/Appeal Received by
İSİM-SOYİSİM/İMZA / Name-Surname/ Signature

Bundan sonraki kısımlar DETAY KALİTE Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından doldurulacaktır.

Following part is filled by Quality Management Representative of DETAY KALİTE .

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ / Cause of Complaint/Appeal:

YAPILACAK İŞLEM /Action :

SONUÇ /Result :

KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ ONAYI /Quality Management Representative's Approval :