



**ŞİKÂYET/İTİRAZ/ÖNERİ
FORMU**

Form No:

Şikâyet

İtiraz

Öneri

Şikayetin Alınış Tarihi:/...../.....

Şikâyet/İtiraz/Öneri Sahibi Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Mail Adresi:

Konu:.....
.....
.....
.....
.....

Uygulamanın Sorumlusu Bölüm:

Faaliyetin Atanacağı Personel:

Yapılan Faaliyet:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sorunun Giderilme Tarihi:

DÖF gerekli ise DÖF No:

İlgili Bölüm Yöneticisi Onay	Kalite Yöneticisi Onay	Personel Belgelendirme Müdürü Onay
-------------------------------------	-------------------------------	---