|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Değerlendirme Sonucu |  |
| Değerlendirme Tarihi |  |
| İtiraz/Şikâyete Cevap Veriliş Tarihi  |  |
| DÖF Gerekli İse DÖF No:  |  |
| DeğerlendirmeyiYapan  |  | Tarih |  | İmza |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Yönetim Temsilcisi | Genel Müdür |
|  |  |