

(*) ŞİKAYETTE BULUNAN FİRMA / ŞAHIS		ŞİKAYET NO	
(*)ŞİKAYET TARİHİ		(*) FİRMA YETKİLİSİ	
ŞİKAYETİN GELİŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Yazı	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Fax
(*)Şikâyetin Tanımı:			
Şikâyeti Alan Personel:			
Şikâyetin Nedeni:			
İlgili Birim Sorumlusu:			
Yapılacak işlemler:			Planlanan Tarih
DF Gerekli mi?			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sonuç / Onay:			
Birim Sorumlusu (İsim/ Unvan, Tarih / İmza)			

İşaretli (\*) yerler şikâyette bulunan Firma ve/veya şahıslar tarafından doldurulacaktır.