|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Şikayet/İtiraz No: |  | Tarih: |
| Şikayet/ İtiraz Sahibinin | |  |
| Adı-Soyadı: |  |
| Firma Adı: |  |
| Adresi: |  |
| Telefon: | Fax: | E-mail: |
| Şikayet/İtiraz Konusu: | | |
| Alınan Önlemler: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Şikayeti/ İtiraz Alan: | | |
| Yetkilinin Adı-Soyadı: |  | İmza: |
| Unvanı: |  |
| Not: Sözlü olarak alınan şikayetlerde bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair şikayet sahibinin onayının alınması gereklidir. | |  |