



MÜŞTERİ İTİRAZ, ŞİKAYET VE ÖNERİ
FORMU

Doküman No : F.S.07.01

Yayın Tarihi : 18.10.2021

Rev. No : 00

Rev. Tarihi :

Size ulaşabilmemiz için lütfen (*) işaretli alanlardan en az biri ile açıklama kısımlarını doldurunuz.

BAŞVURU SAHİBİNİN	
Adı Soyadı(*) :	
Telefon(*) :	
E-posta(*) :	
Adresi(*) :	
Kuruluş (Varsa) :	
İtiraz / Şikâyet / Öneri Konusu ve Açıklaması(*):	
EK(LER):	
İmza	
..../20..	

* Bu kısımlar eksiksiz doldurulmalıdır. (İtiraz/Şikâyet/Öneri ile ilgili (varsa) ilgili belge ve dokümanlar vs. ek yapılmalıdır.

BAŞVURUYA AİT: Bu kısım <u>itiraz/şikâyet/öneri yapılan faaliyet alanı ile ilgili birim müdürü</u> tarafından doldurulacaktır.	
İtiraz/Şikâyet/Öneri Yapılan Faaliyet Alanı İle İlgili	
Birim :	
Başvuruyu	Adı Soyadı :
Alan	Görevi :
Personelin	İmza :
Başvuru Türü : İtiraz ☐ Şikâyet ☐ Öneri ☐	
Alınış Tarihi : .../.../.... Başvuru No :-....	

DEĞERLENDİRME VE KARAR: Bu kısım <u>değerlendirmeyi yapan kişi</u> tarafından doldurulacaktır.		
İtiraz/Şikâyet/Öneri İle İlgili Değerlendirme ve Karar:		
Kararın Bildirim Şekli : ☐ Cep Telefonu ☐ Elektronik Posta ☐ Posta		
KOMİSYON ÜYELERİ (*Komisyon üyelerinin kararda görev alması durumunda doldurulur.)		
1. Üye	2. Üye	3. Üye
Karar Tarihi : .../.../....		
İlgili Birim Müdürü	Yönetim Temsilcisi	
.../.../....	.../.../....	