



ŞİKAYET / İTİRAZ FORMU

COMPLAINT / APPEAL FORM

TARİH/Date : ... / ... /

Şikayet/İtiraz No/Complaint/Appeal No :

☐ ŞİKAYET / COMPLAINT

☐ İTİRAZ/ APPEAL

ŞİKAYET / İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ / COMPLAINANT / APPEALER INFORMATION

ADI SOYADI/Name
Surname

FİRMA ADI
/Company Name

FİRMA ADRESİ
/Company Address

TELEFON /Phone

FAX/Fax

E-POSTA /e-mail

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ ŞEKLİ
/Received Way of Complaint/Appeal

☐ TELEFON
/Phone

☐ FAKS /Fax

☐ E-POSTA /
mail

☐ SÖZLÜ / Oral

Şikayet ve/veya İtirazın muayene faaliyetleri ile
ilişkisini Değerlendiren:
Adı Soyadı:

Şikayet ve/veya itiraz muayene faaliyetleri ile ilgilidir.
Şikayet ve/veya itiraz muayene faaliyetleri ile ilgili değildir.

ŞİKAYET / İTİRAZ KONUSU / Complaint/Appeal Subject :

Şikayet / İtiraz Sahibi /Complainant/Appealer
İSİM/İMZA /Name-Surname/ Signature

Şikayeti/İtirazı Alan /Complaint/Appeal Received by
İSİM/İMZA /Name-Surname/ Signature

*Bundan sonraki kısımlar Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır. Below part is filled by Quality Manager

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ /Cause of Complaint/Appeal:

YAPILACAK İŞLEM /Actions :

SONUÇ /Result :

KALİTE YÖNETİCİSİ ONAYI /Quality Manager Approval :