

TARİH/Date : / /		Şikayet/İtiraz No/Complaint/Appeal No :			
<input type="checkbox"/> ŞİKAYET / COMPLAINT		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> TELEFON /Phone	<input type="checkbox"/> FAKS/Fax	<input type="checkbox"/> E-POSTA/e-mail	<input type="checkbox"/> SÖZLÜ/Oral
ŞİKAYETİN/İTİRAZIN KAYNAĞI/ Source of Complaint/ Appeal		PERSONEL/ Personnel	RAPORLAMA/ Reporting	HİZMET SUNUMU/ Presentation of service	FİYAT/ Price
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 :					