

Şikâyet İtiraz

Tarih			
Müşteri Bilgileri		Şikâyeti Alan	
Firma Adı:		Adı:	
Adı:		Soyadı:	
Soyadı:		Birim:	
Telefon No:		Görev:	
Şikâyeti İlgilendiren Birim/Bölmeler:			
Şikâyetin Sebebi:			
<i>Bu Bölüm Şikâyeti İlgilendiren Birim / Bölüm Tarafından Doldurulacaktır.</i>			
Değerlendirme:			
Sonuç/Karar:			
Birim/Bölüm Sorumlusu			
Adı:		Tarih:	
Soyadı:		İmza:	