

TARİH: / /		Şikayet/İtiraz No:				
ŞİKAYET		İTİRAZ				
ŞİKAYET/İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ						
ADI SOYADI		FİRMA ADI				
FİRMA ADRESİ						
TELEFON		FAX				
E-POSTA						
ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ ŞEKLİ		TELEFON <input type="checkbox"/>	FAKS <input type="checkbox"/>	E-POSTA <input type="checkbox"/>	SÖZLÜ <input type="checkbox"/>	DİĞER <input type="checkbox"/>
ŞİKAYET/İTİRAZ KONUSU						
Şikayet/İtiraz Sahibi		İSİM/İMZA		Şikayeti/İtirazı Alan		İSİM/İMZA
*Bundan sonraki kısımlar Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.						
ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ						
YAPILACAK İŞLEM						
SONUÇ						
KALİTE YÖNETİCİSİ ONAYI						