



ŞİKAYET-İTİRAZ FORMU COMPLAINT-APPEAL FORM

TARİH/Date :

☐ ŞİKAYET/COMPLAINT

☐ İTİRAZ/APPEAL

ŞİKAYET/İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ / COMPLAINANT/APPEALER INFORMATION

ADI SOYADI-GÖREVİ
Name Surname-Position

FİRMA ADI
Company Name

FİRMA ADRESİ
Company Address

TELEFON/Phone

E-POSTA/e-mail

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ ŞEKLİ
Received Way of Complaint/Appeal

☐ TELEFON
Phone

☐ E-POSTA
e-mail

☐ SÖZLÜ
Verbal

ŞİKAYET/İTİRAZ KONUSU / Complaint/Appeal Subject:

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

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

Bundan sonraki kısımlar DETAY KALİTE Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından doldurulacaktır.
Following part is filled by Quality Management Representative of DETAY KALİTE .

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ / Cause of Complaint/Appeal:

YAPILACAK İŞLEM /Action :

SONUÇ /Result :

MÜSTERİ

DETAY KALİTE

KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ ONAYI /Quality Management Representative's Approval :