



ŞİKAYET / İTİRAZ FORMU
COMPLAINT / APPEAL FORM

Doküman/Document No: DKR.F.57
Yayın Tarihi/ Issue Date:12.02.2014
Revizyon/ Revision No:00
Rev. Tarihi/Rev. Date: --
Sayfa/ Page: 1 / 1

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 /e-mail

SÖZLÜ / Oral

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 :