|  |  |
| --- | --- |
| Tarih:  |  |
| Saat: |  |
| Şikâyet Edilen Kişi/Birim: |  |

Şikâyet Konusu:

…………………………………………………………………………………………………

Olay:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 İmza:

 Adı Soyadı:

Başvuru Sahibinin;

T.C. Kimlik Numarası:

Adı Soyadı:

İş Adresi:

Birimi/Görevi:

İş Tel. No:

İkamet Adresi:

Ev Tel. No:

Gsm No:

e-posta:

Ek:

|  |  |
| --- | --- |
| **HAZIRLAYAN**Kalite Yönetim Ekibi | **ONAYLAYAN**Kalite Yönetim Temsilcisi |
|  |  |