



## MÜŞTERİ ŞİKAYET/ÖNERİ FORMU

Doküman No	: AÇ.F.201
Yayın Tarihi	: 05.07.2021
Revizyon No	:
Rev Tarihi	:
Sayfa No	: 1 / 1

BAŞVURU			
Şikâyetin /Önerinin Konusu/Tanımı			
Şikâyet /Önerinin Sahibi: (Firma adı, unvan, isim) Adres: Telefon: e-mail: Tarih:			
Şikâyeti/Öneriyi Alan			
DEĞERLENDİRME			
Şikâyetin/ Önerinin Değerlendirilmesi:			
Uygunsuzluk Formu açılmalı.	<input type="checkbox"/>	DÖF Formu açılmalı	<input type="checkbox"/>
Değerlendirme Tarihi		DÖF No	
Şikâyeti/Öneriyi Değerlendiren	Adı Soyadı	Adı Soyadı	Adı Soyadı
	İmza	İmza	İmza
Sonuç:			
GERİ BİLDİRİM			
Şikâyet/Öneri Sahibine Geri bildirim yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
Açıklama:			