



MÜŞTERİ İTİRAZ VE
ŞİKAYET BİLDİRİM
FORMU

Doküman No	TR-AB Pr06-Fr01
İlk Yayın Tarihi	15.12.2014
Revizyon Tarihi	23.05.2017
Revizyon No	02
Sayfa No	1/1

İTİRAZ VEYA ŞİKAYET TARİHİ:
İTİRAZ VEYA ŞİKAYET EDEN MÜTEŞEBBİS/ÜRETİCİ:

Müteşebbis/Üretici Adı	
Adres	
Telefon	
E-mail	
Fax	

KONU:

--

İtiraz veya Şikayet eden müteşebbisin, İtiraz veya Şikayet Komitesi üyelerini kabul etmesine dair bilgi:

Tarih:

Kabul Eden:

--

Tarih:

İtiraz Komitesi Üyeleri

Ad Soyad					
İmza					

İtiraz eden müteşebbis İtiraz Komitesi'nin Kararı'nı Kabul etti mi? E H

Bu konuda düzeltici faaliyet açılacak mı? E H

Şirket Müdürü : (Tarih ve İmza)