



ŞİKÂYET/İTİRAZ/ÖNERİ FORMU

Form No:

Şikâyet

İtiraz

Öneri

Şikâyeti Alan/Tarihi:

Şikâyet/İtiraz/Öneri Sahibi-Tel:

Varsa Sınav ID:

Konu:

Uygulamanın Sorumlusu Bölüm:

Faaliyetin Atanacağı Personel:

Yapılan Faaliyet

Sorunun Giderilme Tarihi:

DÖF gerekli ise DÖF No:

İlgili Bölüm Yöneticisi Onay

Kalite Yönetici Onay

Personel Belgelendirme Müdürü Onay