

<input type="checkbox"/>	İtiraz	<input type="checkbox"/>	Şikâyet	<input type="checkbox"/>	Öneri	Kayıt No:
İtiraz, Şikâyet ve Öneride Bulunan Firma/Kişi:					Tarih:	
İtiraz, Şikâyet ve Öneri Referans Olan Doküman:						
İtiraz, Şikâyet ve Öneri Bulunulan Bölüm/Kişi:						
Telefon:		Faks:		e-mail:		

İtiraz, Şikâyet ve Öneri Konusu:

İmza :

*Bundan sonraki kısımlar YILMAZTEKİN Belgelendirme tarafından ve ilgili bölümler yetkili tarafından doldurulacaktır.

Değerlendirme Tarihi:

İtiraz/ Şikâyet/Öneriyi Alan:

İtiraz, Şikâyet ve Öneri Gerekçesi:

Değerlendirme /Yapılacak İşlem:

İtiraz, Şikâyet Öneri Kurulu Değerlendirmesi:

İtiraz/Şikâyet ve Öneri Cevap Veriliş Tarihi:

DÖF Gerekli ise DÖF No:

İtiraza/Şikâyet/ Öneri sahibine Yapılan Geri Dönüş (Sonuç) :

Sorumlu Kişi	Kalite Müdürü	Genel Müdür
İMZA	İMZA	İMZA