



PROAKTİF MESLEKİ YETERLİLİK
EĞİTİM VE BELGELENDİRME
HİZMETLERİ LTD.ŞTİ.

ŞİKÂYET VE İTİRAZ FORMU

Form Türü:

Şikâyet

İtiraz

Kayıt NO:

TARİH:/...../.....

ŞİKÂYETTE VEYA İTİRAZDA BULUNANIN :

Adı- Soyadı:

TC Kimlik No / Vergi No:

Kamu / Kurum / Kuruluş Adı :

Adresi:

Telefon Numarası:

E-Mail:

İmza:

ŞİKÂYET VEYA İTİRAZ NEDENİ:

ŞİKÂYET VEYA İTİRAZI TESLİM ALANIN:

Adı-Soyadı:

İmza:

TARİH:/...../.....

Ön Değerlendirmeye İlişkin Bilgiler

(Bu bölüm PROAKTİF BELGELENDİRME yetkilisi tarafından doldurulacaktır.)

Faaliyeti Takip Eden Ad-Soyad-İmza

İşleme Gerek Görülmedi.

İtiraz / Şikâyet Giderildi.

Personel görevlendirmesi yapıldı.

Düzenleyici Önleyici Faaliyet
Başlatıldı.

Komiteye Havale Edildi.

TARİH:/...../.....

DEĞERLENDİRME VE KARAR:

(Bu bölüm faaliyeti takip eden personel tarafından doldurulacak ve Müdürler Kurulu Başkanına sunulacaktır.)

ONAY

MÜDÜRLER KURULU BAŞKANI

İmza: