

ŞİKAYET, İTİRAZ VE ÖNERİ DEĞERLENDİRME FORMU



Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No/Tarihi

Sayfa No

FR29

01.02.2017

00 / ---

1 / 1

Tarih:

BAŞVURU SAHİBİNE AİT BİLGİLER

Adı Soyadı:

Firma Adı:

Firma Adresi:

Telefon:

E-mail:

Şikayet, İtiraz ya da Öneri Konusu:

Lütfen bu formu doldurduktan sonra info@areltest.com adresine iletiniz.

NOT: Sözlü olarak alınan şikayet/itirazlarda da bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair şikayet ya da itiraz sahibinin onayının alınması gereklidir.

AŞAĞIDAKİ BÖLÜMLER SADECE AREL TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Şikayeti/ İtirazı alan AREL yetkilisinin adı-soyadı:

Tarih/imza:

Değerlendirme:

Öneridir

Şikayettir

İtirazdır

Kararlar:

İtiraz ve Şikayet Kurulu Toplantı
Tarihi ve Tutanak No:

Gerekli hallerde yapılan tüm toplantıların tutanakları ve açılan DÖF'lerin kopyaları bu forma eklenecektir.

ŞİKAYET VE İTİRAZ KURULU

Genel Müdür/Yönetim Temsilcisi
İmza/Tarih

Teknik Müdür
İmza/Tarih