

ŞİKAYET, İTİRAZ VE ÖNERİ DEĞERLENDİRME FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No/Tarihi	Sayfa No
FR29	01.02.2017	01 / 14.03.2023	1 / 1

ŞİKAYET/İTİRAZ/ÖNERİ SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Adı -Soyadı-Görevi :	
Firma Adı :	
Firma Adresi :	

Telefon:	E-mail:
----------	---------

Şikâyet, İtiraz ya da Öneri Konusu (İddia edilen hususlar ve kanıtlar ile talep edilenlere ilişkin kısa açıklamalar):

Tarih/ İmza.....

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

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

AŞAĞIDAKİ BÖLÜMLER SADECE AREL TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Şikâyet/ İtiraz/ Öneri alan AREL yetkilisinin Adı-Soyadı:		İmza.....
Şikâyet/İtiraz/Öneriye Konu Personel/Yönetici Adı-Soyadı:		
Ön Değerlendirme:	Öneridir ☐	Şikayettir ☐
		İtirazdır ☐
Ön değerlendirmeyi Yapan Adı-Soyadı-Görevi-İmza:		

DEĞERLENDİRME VE KARAR (Yönetim Temsilcisi/Teknik Müdür Tarafından Doldurulacak)

Değerlendirme ve Karar:

Karar Tarihi:	
Değerlendirmeyi Yapan: (Adı-Soyadı-Görevi)	İmza.....
Yönetim Temsilcisi:	İmza.....

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

Hazırlayan
Yönetim Temsilcisi

Onaylayan
Teknik Müdür