

ŞİKAYETTE BULUNAN KİŞİ/FİRMA (PERSON/COMPANY COMPLAINING):			
ADRES (ADDRESS):			
TEL NO (PHONE NUMBER):		E-POSTA (E-MAIL):	
ŞİKAYET TARİHİ (COMPLAINT DATE):		İMZA (SIGN):	
ŞİKAYETİN KONUSU (REASON OF THE COMPLAINT):			

Bu kısım Karadeniz Teknik Test Tic.Ltd.Şti. tarafından doldurulacaktır (This part will be filled by Karadeniz Teknik Test Trade Company).

Şikayeti Alan Personelin Adı Soyadı (Name-Surname of the Personnel Receiving The Complaint):		İmza/Tarih (Date/Sign):
---	--	-------------------------

DEĞERLENDİRME (EVALUATION)

Şikayet Şirket Faaliyetleri İle İlgili mi? (Is the Complaint Related to Company Activities?) Evet (Yes) Hayır (No)

Evet İse İlgili Birim/Kişi ve Konu ile İlgili Bilgi (If Yes, Related Company Department/Person and Information about the Complaint):

Hayır İse Gerekçesi (If No, Reason):

Geri Bildirim Yapanın Adı Soyadı (Name and Surname of the Feedback Provider):		İmza/Tarih (Date/Sign):
--	--	-------------------------

ŞİKAYETLE İLGİLİ UYGULANAN ÇÖZÜM (IMPLEMENTED SOLUTION TO THE COMPLAINT)

Geri Bildirim Yapanın Adı Soyadı (Name and Surname of the Feedback Provider):		İmza/Tarih (Date/Sign):
--	--	-------------------------

DF No (Varsa) (DF No (If Any)):	DF Sorumlusunun Adı Soyadı (Name-Surname of Person for Responsible of DF):	
	Tarih/İmza (Date/Sign):	

Şikayet Çözümlendi mi? (Has the Complaint Been Resolved?) Evet (Yes) Hayır (No)

ŞİKAYET SAHİBİNE RESMİ GERİ BİLDİRİM YAPAN (OFFICIAL FEEDBACK TO THE PERSON/COMPANY COMPLAINING)

Adı Soyadı (Name and Surname):		İmza/Tarih (Date/Sign):
--------------------------------	--	-------------------------