

KONU <input type="checkbox"/>	İtiraz <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Şikâyet	<input type="checkbox"/> Görüş
Alınış Şekli <input type="checkbox"/>	Elden <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> e-mail
Tarih		No	
Adı-Soyadı			
TC Kimlik No			
Şahıs / Kurum / Kuruluş Adı			
Telefon Numarası		E-Mail	
İtiraz edenin Sınav Bilgileri			
İtiraz / Şikâyet / Görüş Konusu :			
İtiraz / Şikâyet / Görüş Bildirenin İmzası			
İtiraz / Şikâyet / Görüşü Teslim Alanın	Adı-Soyadı (Ünvanı)		
	Tarih		
	İmza		
Faaliyeti Takip Edenin Adı-Soyadı (Ünvanı) :	Adı-Soyadı (Ünvanı)		
	Tarih		
	İmza		
Değerlendirme Sonucu			
İtiraz edenin sonucunun bildirildiği tarih			
Değerlendirmeyi Yapanın	Adı-Soyadı (Ünvanı)		
	Tarih		
	İmza		
Faaliyet ve Değerlendirmeyi Onaylayanın	Adı-Soyadı (Ünvanı)		
	Tarih		
	İmza		

HAZIRLAYAN		ONAY	
Kalite Yöneticisi		İktisadi İşletme Müdürü	

