

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):
---------------------------------------	--------------------------------