

Adınız Soyadınız / Unvanınız:

Tarih:

Adres:

Tel:

Faks:

E-mail:

@

Şikâyet ve/veya İtiraz Açıklaması

Şikâyeti Alan (Ad Soyad / Unvan) :

İmza

Not: Şikâyet sözlü olarak yapıldığında bu formun UMT Kontrol yetkilisince doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığının şikâyet sahibi tarafından onaylanması sağlanmalıdır.

Şikâyeti takip edecek UMT Kontrol yetkilisi (Ad Soyad / Unvan) :

Şikâyetiniz UMT Kontrol tarafından kayıt altına alınmış olup, konuyla ilgili gerekli çalışma yukarıda bahsi geçen UMT Kontrol personeli tarafından yürütülmektedir. Şikâyetin durumu hususunda bu personelimiz ile her an irtibata geçebilir ve sonuç alabilirsiniz. Şikâyetinizle ilgili gerçekleştirilecek olan faaliyet en kısa sürede tarafınıza bildirilecektir.

Gerçekleştirilen Faaliyet

Şikâyetinizle ilgili olarak gerçekleştirilen faaliyet ve alınan kararlar yukarıdaki gibidir. Bilgilerinize arz eder, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

HAZIRLAYAN
KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ

ONAYLAYAN
GENEL MÜDÜR