



ŞİKAYET DEĞERLENDİRME FORMU

Complaint Evaluation Form

Şikayet Eden Complainant		Mesleği Profession	
Telefon Phone		E-mail	
Kuruluş Organization			
Şikayeti Alan Complaint Received by		Şikayet Tarihi Complaint Date	

Şikayet Konusu Subject of The Complaint			
--	--	--	--

Şikayeti Alan İmza Signature of Complaint		Tarihi Date	
---	--	----------------	--

Değerlendirme Tarihi Evaluation Date			
Değerlendirme Evaluation			
Şikayete Cevap Veriliş Tarihi Reply Date			
DÖF Gerekli İse DÖF No: State The C&P Action Number, If Required			

Değerlendirme Yapan Evaluator		Onaylayan Approver