

<b>TARİH</b>		<b>SIRA NO</b>			
<b>FİRMA ADI</b>		<b>SİSTEM ADI</b>			
<b>ŞİKAYETİN GELİŞ ŞEKLİ</b>	<input type="checkbox"/> TELEFON	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> MEKTUP	<input type="checkbox"/> SÖZLÜ	<input type="checkbox"/> E-POSTA
<b>ŞİKAYETİN AÇIKLAMASI:</b>					
Şikayeti Talep eden İSİM/İMZA			Şikayeti Alan İSİM/İMZA		
<b>Bundan sonraki kısımları Yönetim Temsilcisi tarafından veya ilgili bölümler doldurulacaktır.</b>					
<b>ŞİKAYETİN KÖK NEDENİ:</b>					
<b>YAPILACAK İŞLEM:</b>					
<b>Şikayet ve İtiraz Kurul Değerlendirmesi</b>					
<b>SONUÇ :</b>					
<b>YÖNETİM TEMSİLCİSİ İSİM / İMZA</b>					