



# İTİRAZ VE ŞİKÂYET FORMU

Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa

3.06-F.01

09.01.2017

02

17.11.2023

1/2

İtiraz

Şikâyet

Öneri

Tarih:

...../...../.....

İtiraz/Şikâyet veya Öneride Bulunan Firma ve/veya Kişinin:

Adı Soyadı:

İletişim  
Adresi:

Telefon:

+90 (5.....) ..... .....

E- Mail:

## İtiraz /Şikâyet ve Öneri Açıklaması

**\*BURADAN SONRAKİ KAYITLAR MASFED MYM TARAFINDAN DOLDURULUR.**

**Bildirimi doğrulamak için yapılan ön değerlendirme için incelenen kayıtlar ve dokümanlar:**

Bildirim MASFED MYM'nin faaliyetleri ile ilgilidir.

Bildirim MASFED MYM'nin faaliyetleri ile ilgili değildir.

Bildirim ele alınması sırasında karar verecek kişiler, bildirim konusu olan kişilerden farklı kişiler mi?

Doğrulama amacıyla ilgili tarafla iletişime geçildi mi? (Tarih, İletişim Yöntemi)

...../...../.....

Kayıt Tarihi

...../...../.....

Kayıt No

Kalite Yönetim Temsilcisi  
İmza