|  |  |
| --- | --- |
| Tarih: |  |
| Adınız Soyadınız: |  |
| Çalıştığınız Kuruluş: |  |
| Adres: |  |
| Tel: |  | Fax: |  | e-mail: |  |
| **İtirazın - Şikayetin Konusu** *(İtirazlar, Kararın Bildirim Tarihinden 30 Gün İçerisinde Yazılı Olarak Yapılmalıdır)* |
|  |

***Size daha iyi hizmet verebilmemiz için lütfen şikayet ve itirazlarınızı bu formu doldurarak ve aşağıdaki irtibat bilgilerini kullanarak geri gönderiniz. Vereceğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. İlginize şimdiden teşekkürler.***

***Bu Kısım Cıcert Belgelendirme Hizmetleri Ltd. Şti tarfından doldurulacaktır.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| İtirazin – Şikayetin Değerlendirme Tarihi : |  | İtirazin – Şikayetin Numarasi |  |
| Değerlendirme |
| İtiraz – Şikayet İle İlgili Bölüm Yöneticisi |  | Yönetim Temsilcisi |  | Şirket Müdürü  |  |
| **Sonuç:** *(Düzeltici Faaliyet açıldı ise numarası ile belirtiniz.)* |
|  |