

**Inspectra****ŞİKAYET / İTİRAZ FORMU**
COMPLAINT / APPEAL FORMDoküman/Document No: INS.IF.002
Yayın Tarihi/ Issue Date:23.04.2025
Revizyon/ Revision No:00
Rev. Tarihi/Rev. Date: -
Sayfa/ Page: 1 / 1**TARİH/Date** : ... / ... /**Şikayet/İtiraz No/Complaint/Appeal No** :☐ Şikayet/ Complaint☐ İtiraz/ Appeal**ŞİKAYET / İTİRAZ SAHİBİNİN BİLGİLERİ /COMPLAINANT / APPEALER INFORMATION****ADI SOYADI/Name**
Surname**FİRMA ADI**
/Company Name**FİRMA ADRESİ**
/Company Address**TELEFON /Phone****FAX/Fax****E-POSTA /e-mail****Sınav Bilgisi(Varsa)****ŞİKAYETİN/İTİRAZIN GELİŞ ŞEKLİ**
/Received Way of Complaint/Appeal

TELEFON /Phone



FAXS /Fax



E-POSTA /e-mail



İSÖZLÜ / Oral

**ŞİKAYET / İTİRAZ KONUSU / Complaint/Appeal Subject** :**Şikayet/ İtiraz Sahibi/ Complainant/Appealer**
İSİM/İMZA/ Name-Surname/ Signature**Şikayeti/İtirazı Alan/ Complaint/Appeal Received by**
İSİM/İMZA/ Name-Surname/ Signature

Bundan sonraki kısımlar Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır. Below part is filled by Quality Manager

ŞİKAYETİN/İTİRAZIN NEDENİ /Cause of Complaint/Appeal:**İtiraz Değerlendirme Tarihi/ Date of Appeal**:**YAPILACAK İŞLEM /Actions** :**İtiraz Sonuçlanma Tarihi/ Date of Result**:**SONUÇ /Result** :**KALİTE YÖNETİCİSİ ONAYI /Quality Manager Approval** :