

Şikayetin Alındığı Tarih								
Şikayetin Geliş Şekli	Telefon	<input type="checkbox"/>	Fax	<input type="checkbox"/>	İnternet	<input type="checkbox"/>	Diğer (.....)	<input type="checkbox"/>
Şikayeti Bildiren Kuruluş/Kişi Adı								
Şikayeti Bildiren Kuruluş/Kişi Adresi						Tel.		
						Faks.		
Şikayeti Bildiren Kişi/Pozisyonu								

Şikayetin Açıklaması:	
Şikayeti Alan:	
Alınan şikâyet SİSTEMER'in sorumlu olduğu belgelendirme faaliyetleri ile ilgili mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Şikayetin Nedeni:	
Sorumlu:	
DÖF başlatıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet (DÖF No : .....)	
<input type="checkbox"/> Hayır	
Yapılacak İşlem:	<b>Başvuran Doğrulaması</b>
	<input type="checkbox"/> memnun edici <input type="checkbox"/> hayır
	_____ (imza)
Sorumlu:	Tarih :
Sonuç :	
İtiraz ve Şikayet Komitesine sevk edilecek mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
İtiraz ve Şikayet Komite Üyeleri kimler olacak : .....	
Genel Müdür Onay / Tarih :	
Şikayet ile ilgili İtiraz ve Şikayet Komitesi Toplantı No:	
Genel Müdür Nihai Kararı:	