



Hazırlayan: Kalite Yönetim Temsilcisi	Doküman No: FR.50
Onaylayan: ÇESBEM Müdürü	
	Revizyon No: 00
	Revizyon Tarihi: --

ŞİKAYET BAŞVURU VE DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih: .../.../....
*Kayıt No:

Şikayet Sahibinin,

Adı ve Soyadı:	Adresi:
T.C. Kimlik No:	E-Posta Adresi:
Telefon Numarası:	İş Telefonu:

Şikayet Nedeninizi Açıklayınız:

BU BÖLÜM SADECE ÇESBEM TARAFINDAN DOLDURULUR

Şikayete İlişkin Değerlendirme Kararı:

ÇESBEM Personeli Adı ve Soyadı:
İmza:

Karar Tarihi: