

Form Türü:

İtiraz

Şikâyet

NO:

Tarihi:/...../.....

İtiraz / Şikâyette Bulunanın:
Adı-Soyadı:

Kamu/Kurum/ Kuruluş Adı:
Adresi:

TC Kimlik No:

Telefon Numarası:

E-Mail:

İmzası:

İtiraz / Şikâyet Nedeni:

İtiraz / Şikâyeti Teslim Alanın:

Adı-Soyadı (Ünvanı) :

İmzası:

Tarihi:/...../.....

Faaliyeti Takip Edenin Adı-Soyadı (Ünvanı) :

İmzası:

Değerlendirmeyi Yapanın Adı-Soyadı (Ünvanı) :

İmzası:

Onaylanın Adı-Soyadı (Ünvanı) :

İmzası:

İtiraz / Şikâyet Değerlendirilme Sonucu: