



TESTPLUS

ŞİKAYET VE İTİRAZ BİLDİRİM FORMU

Döküman No: TP.MD.FR10.01

Yayın Tarihi: 08.01.2020

Revizyon No/Tarih :00

Sayfa:1/1

1. ŞİKÂYET / İTİRAZ SAHİBİNE AİT BİLGİLER

Adı ve Soyadı			
Kuruluş Adı			
Unvanı			
Adresi			
Telefon No		Faks No	
E-mail		Web	

2. ŞİKÂYET VEYA İTİRAZ KONUSU*

(Lütfen detaylı doldurunuz, Gerekli ise ek sayfa kullanınız. Şikâyet/itirazınızı destekler ve kanıtlar bilgiler ve belgeler var ise forma ekleyiniz.)

--

TESTPLUS TARAFINDAN DOLDURULACAK

Şikâyeti/İtirazı Alan TESTPLUS Yetkilisinin

Adı/Soyadı:

Tarih:

İmza:

DEĞERLENDİRME/SONUÇ

Değerlendirmeyi yapanın Adı/Soyadı:

Tarih: İmza:

* İtirazlar en geç 30 gün içinde yapılmalıdır. Bu süre aşıldığında, İtirazınız işleme konulmayacaktır.