

 Mesleki Yeterlilik ve Belgelendirme Merkezi	İTİRAZ-ŞİKÂYET FORMU			FRM 18
	Yayın Tarihi:01.04.2016	Rev No:05	Rev Tarihi: 06.07.2020	Sayfa 1 / 1

Adayın			
Adı Soyadı	:		
Firma Adı	:		
Telefon	:		Fax : <input type="text"/>
E-mail Adresi	:		
Adresi	:		
ŞİKÂYET YÂDA İTİRAZA SEBEP OLAN KONU:			
ŞİKÂYETİ ALAN:			
ÖN DEĞERLENDİRME:			

BELGELENDİRME KURULUŞU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

YAPILACAK İŞLEM:	
SORUMLU:	
PLANLANAN BAŞLANGIÇ TARİHİ:	
PLANLANAN BİTİŞ TARİHİ:	
GERÇEKLEŞEN BİTİŞ TARİHİ:	
ADAYA BİLDİRİLİŞ ŞEKLİ/BİLDİREN/TARİH/İMZA:	