



İtiraz-Şikâyet-Değerlendirme Formu

TARİH:	Kişi/Firma

İTİRAZ-ŞİKAYETCİNİN Adı Soyadı:..... Tel:.....	Adresi:
--	---------------------------

İTİRAZ -ŞİKÂYETİN GELİŞ ŞEKLİ <u>Telefon</u> <input type="checkbox"/> <u>Fax</u> <input type="checkbox"/> <u>Sözlü olarak</u> <input type="checkbox"/> <u>E Posta</u> <input type="checkbox"/>

İTİRAZ -ŞİKÂYET KONUSU <u>Sınav Planlaması</u> <input type="checkbox"/> <u>Sınav Yeri</u> <input type="checkbox"/> <u>Sınav Görevlisi</u> <input type="checkbox"/> <u>Sınav Gözetmeni</u> <input type="checkbox"/> Karar Verici <input type="checkbox"/> <u>Ofis Personeli</u> <input type="checkbox"/> <u>Komiteler</u> <input type="checkbox"/> <u>Yönetim</u> <input type="checkbox"/> <u>Diğer</u> <input type="checkbox"/>

İTİRAZ -ŞİKÂYETİ ALAN:	İmza:

İTİRAZ -ŞİKÂYETİN İÇERİĞİ:

İTİRAZ -Şikâyetin Çözümü:

İtiraz/Şikâyet Değerlendirme Kararı	
---	--

TARİH	ONAY		

Yayın Tarihi: 02.02.2016	Değişiklik No/ Tarihi: 00	FR-KY-06
Hazırlayan: Kalite Yönetim Temsilcisi	Onaylayan: Genel Müdür	1/1