



Müşteri Şikayet ve İtiraz Değerlendirme Formu

Şikayet

☐

İtiraz

☐

BAŞVURU SAHİBİNE AİT BİLGİLER

Adı-Soyadı

Kuruluştaki görevi/unvanı:

Kuruluş adı/sektörü:

Tarih:

Kuruluş açık adresi:

Telefon numarası

Faks:

Web sitesi:

e-posta:

Şikayet/itirazın konusu:

AŞAĞIDAKİ BÖLÜMLER SİGMACERT TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Şikayeti/ İtirazı alan SİGMACERT yetkilisinin Adı-Soyadı:

Tarih/imza:

NOT: Sözlü olarak alınan şikayet/itirazlarda da bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair **şikayet yada itiraz sahibinin onayının alınması** gereklidir.

DEĞERLENDİRME VE KARARLAR:

Değerlendirme Sonucunda; DÖF açılması gerekli mi? Evet ☐ Hayır ☐

Lütfen DÖF açma veya açmama gerekçesini belirtiniz:

SİSTEM SORUMLUSU

GENEL MÜDÜR

KOMİSYON ÜYELERİ

İmza/Tarih:

İmza/Tarih:

İmza/Tarih:

*Gerekli hallerde yapılan tüm toplantıların tutanakları ve açılan DÖF'lerin kopyaları bu forma eklenecektir.

EKLER: