DOĞUPER MESLEKİ YETERLİLİK ve BELGELENDİRME MERKEZLERİ	**ŞİKÂYET/İTİRAZ/ÖNERİ FORMU**

☐ **Şikâyet** ☐ **İtiraz** ☐ **Öneri**

Şikayet/İtiraz/Öneri nin Alınış Tarih: ..…/…./…..

Şikâyet/İtiraz/Öneri Sahibi:

Form No:

Konu:……
……
……
……
……

Uygulamanın Sorumlusu Bölüm:

Faaliyetin Atanacağı Personel:

Yapılan Faaliyet:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Sorunun Giderilme Tarihi: **DÖF gerekli ise DÖF No:**

İlgili Bölüm Yöneticisi Onay	Kalite Yönetici Onay	Genel Müdür Onay