

ŞİKAYET VE İTİRAZ TAKİP FORMU

Şikâyet/İtiraz No*

Şikayet/ İtiraz Sahibinin

Tarih :

Adı ve Soyadı :

Kuruluş Ünvanı :

İrtibat Adresi :

Tel :

Faks:

e-mail:

İmza

Şikayet / İtiraz Konusu

Varsa ilgili sınav numarası :

Ekler:

**Şikayeti Alan KONESOB İKTİSADİ İŞLETMESİ
Yetkilisinin**

Tarih :

Adı ve Soyadı :

İmza

*Genel Müdür tarafından verilecektir.

Şikâyet/İtiraz No*

Gerçekleştirilen Görüşmeler / Alınan Aksiyonlar

Tarih	Görüşen Kişiler	Detay

Değerlendirme Sonucu

Şikayet / İtiraz Sahibine Bildirim

Tarih	Görüşen Kişiler	Detay