



ASANSÖR MUAYENE HİZMETLERİ
TS EN ISO/IEC 17020: 2012-06

DOKÜMAN KODU	Asansör Form.39
İLK YAYIN TARİHİ	10.01.2018
REVİZYON TARİHİ	-
REVİZYON NO	-

ŞİKAYET/İTİRAZ FORMU

Şikayet/İtiraz Sahibi

Adı Soyadı:

Tarih:

Cep Tel. No:

E-Posta Adresi:

İrtibat Adresi:

İmza:

Şikayetin/İtirazın Konusu (Lütfen şikayet/itiraz konusunu eksiksiz ve anlaşılabilir şekilde doldurunuz):

Şikayet/İtirazın Geliş Şekli:

Telefon

Sözlü

E Posta

Çözüm Merkezi

Şikayet/İtirazı Alan Asansör Muayene Hizmetleri Yetkilisi

Adı Soyadı:

Tarih:

Şikayet/İtiraz No:

İmza:

Alınan Karar ve Sonuç:

Şikayet

İtiraz

Yönetim Temsilcisi
Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: