

ŞİKÂYET FORMU

ŞİKÂYET EDEN

ADI SOYADI / KURULUŞ ÜNVANI

TELEFON NUMARASI

E-POSTA ADRESİ

İLETİŞİM ADRESİ:

ŞİKÂYET KONUSU:

ŞİKÂYET FORMUNU ALAN (BTSOMESYEB PERSONELİ)

ADI SOYADI / GÖREVİ

TARİH / İMZA

SINAV VE BELGELENDİRME YÖNETİCİSİ

ŞİKÂYET DEĞERLENDİRME TARİHİ

YAPACAĞI FAALİYET:

SONUÇ:

TARİH / İMZA

GENEL MÜDÜR

ŞİKÂYET DEĞERLENDİRME TARİHİ

YAPACAĞI FAALİYET:

SONUÇ:

TARİH / İMZA

ŞİKÂYET KOMİTESİ

ŞİKÂYET DEĞERLENDİRME TARİHİ

YAPACAĞI FAALİYET:

SONUÇ:

TARİH / İMZA

ŞİKÂYET SAHİBİNE GERİ BİLDİRİM

TARİHİ / YÖNTEMİ