



ŞİKAYET, İTİRAZ VE ÖNERİ FORMU

Doküman No	F.19
Yayın Tarihi	01.02.2016
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	---
Sayfa	1/1

Firma Adı:

Tarih:

Şikayetim / İtirazım / Önerim:

Ad:	
Soyad:	
Telefon:	
E-Posta:	
Adres:	

Lütfen bu formu doldurduktan sonra, **+90 212 221 30 12** numaralı faksa veya info@amperenerji.com.tr adresine iletiniz.

Bu bölüm Amper Enerji personeli tarafından doldurulacaktır!

Değerlendirme:	Öneridir <input type="checkbox"/>	Şikayettir <input type="checkbox"/>	İtirazdır <input type="checkbox"/>
Açıklama:		İtiraz ve Şikayet Kurulu Toplantı Tarihi ve Tutanak No:	___/___/___
Kalite Yöneticisi:			___