

Şikâyet Bildiriminde Bulunan Kişi veya Kuruluşa İlişkin Bilgiler

Adı Soyadı	
Kuruluş Adı	
Adres	
Telefon Numarası	
E-posta	
Şikâyet Tarihi	
İmza	

Talebi Alana İlişkin Bilgiler (Optimal Denge Yetkilisi Tarafından Doldurulacaktır.)

Adı Soyadı	
Talebin Alınma Tarihi	
İmza	

Şikâyete İlişkin Bilgiler

Ortaya Çıkma Tarihi	
Şikâyetin Kaynağı	
Ekler	

Bu Bölüm OPTİMAL DENGİ TEKNİK DENETİM A.Ş Yetkilisi Tarafından Doldurulacaktır

Şikâyetin İlgili Olduğu Bölge/Şube	
Yönetim Temsilcisi Adı Soyadı	
Tarih	
İmza	
Şikâyet No	

Şikâyetin Değerlendirilmesi

Şikâyeti Değerlendiren

Adı Soyadı

Görevi

Tarih

Şikâyetin Çözümlemesi İçin Yapılacak İşlem

Planlanan Şikâyet Çözümleme Tarihi

Düzeltilici faaliyet gereksinimi var mı?
(Evet, ise DÖF No' yu yazınız) Hayır Evet

DÖF No

Sonuç

Sonuçlanma Tarihi

Şikâyet Sonucunu Bildiren

Adı Soyadı

Görevi

Tarih

İmza

Doküman No.	F.09
Yayın Tarihi	16/01/2018
Rev.Tarihi	11/12/2019
Rev.No	1
Sayfa No.	3 / 3

Şikâyetin İzlenmesi

İşlem	Tarih	İlgili Kişi	İmza
Şikâyetin Alınması			
Şikâyetin Değerlendirilmesi			
Şikâyetin Çözülmesi			
Şikâyet Sonucunun İletilmesi			