|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ŞİKAYET, İTİRAZ, ÖNERİ FORMU** |  | Doküman No | FR.07 |
| Tarih | 09.8.2021 |
| Revizyon No | 0 |
| Sayfa | 1 / 1 |

Sayın Yetkili;

Yaptığımız çalışmaları sizin gözünüzle değerlendirmek ve bundan sonra sizlere daha iyi hizmet verebilmek için görüşlerinize ihtiyacımız var. Hizmet kalitemizi yükseltmemiz ve kalite politikamız olan sürekli gelişme amacıyla görüşlerinizi bizimle paylaşmanızı rica eder, vakit ayırdığınız için teşekkür ederiz.

İletişim: [mekanik@mekanikkontrolizmir.com](mailto:mekanik@mekanikkontrolizmir.com%20) Tel: 0 505 815 29 02

|  |  |
| --- | --- |
| **Tarih:** |  |
| **Firma Adı / İli:** |  |
| **Firma Yetkilisi:** Ad/Soyad  İmza |  |

Lütfen Şikayet/İtiraz/Önerilerinizi aşağıda belirtiniz.

**ŞİKAYET / İTİRAZ / ÖNERİ**