Bu bölüm müşteri tarafından doldurulacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Şikayet / İtiraz / Öneri Tarihi** |  |
| **Firma Unvanı** |  |
| **Şikayet / İtiraz / Öneri Sahibi** |  | **E-Posta**  |  |
| **Telefon** |  | **Faks** |  |

|  |
| --- |
| **Şikayet / İtiraz / Öneri Açıklaması** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Bu bölüm NOBOCERT tarafından doldurulacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| **İlgili Bölüm Sorumlusu Adı Soyadı** |  |
| **Değerlendirme** | [ ]  Faaliyet açıklaması  | [ ]  Komiteye aktarım  |
| **NOBOCERT Faaliyet Açıklaması** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Cevap Veriliş Tarihi** |  | **DÖF No (gerekli ise)** |  |
| **İlgili Bölüm Sorumlusu İmza** |  | **Genel Müdür İmza** |  |

|  |
| --- |
| **NOBOCERT Şikayet ve İtiraz Komitesi Kararı** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Değerlendirme Tarihi** |  | **Planlanan Tarih** |  |
| **Komite Başkanı Adı Soyadı** |  | **Komite Başkanı İmzası** |  |

|  |
| --- |
| **NOBOCERT Faaliyet Açıklaması** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Cevap Veriliş Tarihi** |  | **DÖF No (gerekli ise)** |  |
| **Belgelendirme Müdürü İmza** |  | **Genel Müdür İmza** |  |