



ŞİKAYET / İTİRAZ BİLDİRİM FORMU



Şikayet/İtiraz Sahibi

Adı/Soyadı:	Unvanı:
Tarih:	İmza:
İrtibat Adresi:	
Posta Kodu:	Şehir/Ülke:
Telefon:	Faks :
e-mail:	

Şikayetin / İtirazın Konusu:

Bu bölüm PMH tarafından doldurulacaktır.

PMH adına şikayeti / İtirazı alan PMH Yetkilisi:

Adı/Soyadı:

Tarih:

İmza:

PMH Şikayet / İtiraz No:

Alınan Karar ve Sonuç

Tarih /İmza /Yetkili Kişi

İTİRAZ / ŞİKAYET KOMİSYONU ÜYELERİ

Adı ve imzası /

Adı ve imzası /

Adı ve imzası /

Kuruluştaki görevi /

Kuruluştaki görevi /

Kuruluştaki görevi /

Önemli Not:

- Sözlü yada yazılı alınan tüm şikayetlerde bu formun doldurulması ve şikayet sahibinin onayının alınması gereklidir.

- Lütfen şikayet/itiraz konusunu eksiksiz ve anlaşılabilir şekilde; tarih, kişi, karar veya kayıt numarası, ilgili kurum/kuruluş vb. bilgileri vererek açıklayınız.