

Geri Besleme No:

Tarih:

Bildirim Kategorisi

Öner

☐

Şikayet

☐

İtiraz

☐

Öneri/ Şikayet/ İtiraz Konusu

Öneri/ Şikayet/ İtiraz Hakkındaki
Açıklamalarınız

Adınız Soyadınız:

Firma Bilgisi(Firma İsmi-Adresi):

İletişim Bilgileri:

Kayıt Altına Alan Personel İmza: