|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Şikâyet /*Complaint*  | [ ]  | İtiraz /*Appeal* | [ ]  | Öneri /*Suggestion* | [ ]  | Bilgi Talebi /*Information Request* |
|  |  |  |  |  |  |  | No1:       |

|  |
| --- |
| GeriBildirim Talebinde Bulunan Kişi veya Kuruluşa İlişkin Bilgiler*Information About the Person or Organization Requesting Feedback*  |
| Adı Soyadı*Name Surname* |       |
| Kuruluş Adı*Organization Name* |       |
| Adres*Address* |       |
| Telefon Numarası*Telephone Number* |       |
| E-posta*E-mail* |       |
| Tarih*Date*  |       |
| GeriBildirim Konusu (varsa destekleyici dokümanlar eklenmelidir)*Details of Feedback (if present supportive documents shall be attached)* |
|  |
| Talepte bulunan *Requested by* |       | İmza*Signature* |       | Tarih*Date* |       |
| Talebi Alan SZUTEST Yetkilisi*SZUTEST Official Receiving the Request* |       | İmza*Signature* |       | Tarih*Date* |       |

1. Bu numara SZUTEST tarafından verilecektir.

*This number will be given by SZUTEST*