|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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*