

## İTİRAZ FORMU

**İTİRAZ TARİHİ:**

**İTİRAZ EDEN MÜTEŞEBBİS**

|  |  |
|--|--|
| Tarih:                                   |  |
| Firma Bilgisi:                           |  |
| Firma Adresi:                            |  |
| Yetkili Adı:                             |  |
| İletişim Bilgileri<br>(Tel./Fax./e-mail) |  |

**İTİRAZIN İÇERİĞİ**

Açıklayınız (gerektiğinde ek sayfa kullanınız)

İşlemi gerçekleştirecek sorumlu (Komite / Kalite Yöneticisi) ve termin:

İtirazla ilgili düzeltici faaliyet açılacak mı?  Evet  Hayır

İtirazla ilgili açılan DÖF var ise yazınız:

İtiraz sonucu karar:

Kararın İtiraz edene bildirilmesi :

Tarih:

Yetkili (kaşe/imza)