



T.C.
DENİZLİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
ÇEVRE KORUMA VE KONTROL DAİRESİ BAŞKANLIĞI
Sağlık Şube Müdürlüğü
DENÇEV Denizli Çevre Kalite Laboratuvarı
MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

ŞİKAYETİN ALINMASI

Şikâyet Sahibinin		Tarih : ___/___/20__		
Adı-Soyadı	:	<u>İmza</u>		
Firma Adı	:			
İrtibat Adresi	:			
Telefon	:	Fax :	e-mail :	@
Şikâyet Konusu:				

Şikâyeti Alan Laboratuvar Personelinin		
Adı - Soyadı	:	<u>İmza</u>
Unvanı	:	
Açıklama:		

ŞİKAYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ		
Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep/ Sebepleri:		
Gerçekleştirilecek Faaliyet:		
Değerlendirme Sonucu:		
Şikâyeti Kapatın		
Adı-Soyadı	:	<u>İmza</u>
Unvanı	:	