

**İTİRAZ/ ŞİKÂYET TALEP ve DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| İtiraz ve Şikayet Sahibi tarafından doldurulacaktır. Eksik başvurular dikkate alınmayacaktır. | **İTİRAZ VE ŞİKAYET** **SAHİBİNİN** | |
| Adı Soyadı |  |
| Adresi |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| e-Mail |  |
| Şikayet Nedeni |  |
| İtiraz Nedeni |  |
| Tarih:  İmza: | |
| **İTİRAZI VE ŞİKAYET**İ **KABUL** **EDEN TEDAŞ** **MSBM PERSONELİNİN**  *İtiraz* ve Şikayet *Formu* *ve* *Ek* *Belgeleri* *teslim* *alındı.*  ***Şikayet***/***İtiraz*** ***Kayıt No:***  ***Şikayet***/***İtiraz*** ***Kayıt Tarihi:***    **Adı Soyadı :**  **İmza:**  **İtiraz/Şikayet Sahibine Geri Bildirim Tarihi:**  (İtiraz/Şikayet sahibine en geç 1 hafta içinde itirazının/şikayetinin kayıt altına alındığına dair geri dönüş yapılır.) | | |
| **İTİRAZIN VE ŞİKAYETİN** **DEĞERLENDİRİLMESİ** | | |
| *İtiraz* ve *Şikayet* *Formu* *ve* *Ek* *Belgeleri* *İncelendi. Geçerli kılınması için MSB Müdürüne iletildi.*  MSB Şefinin Adı Soyadı :  Tarih:  İmza: | | |
| MSB Müdürünün Adı Soyadı :  Tarih:  İmza:  **KARAR:**  (Karar ilgili tarafa en geç 1hafta içinde resmi yazı veya e-posta yoluyla iletilir.) | | |
| ÖNEMLİ NOT: Sözlü olarak alınan itiraz/şikayetler de bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına ilişkin itiraz/şikayet sahibinin teyidi alınmalıdır. | | |