

**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. |