

## İTİRAZ FORMU

**İTİRAZ TARİHİ:**

**İTİRAZ EDEN MÜTEŞEBBİS**

|                |  |
|----------------|--|
| MÜTEŞEBBİS Adı |  |
| Adres          |  |
| Telefon        |  |
| E-mail         |  |
| Fax            |  |

İtirazın içeriği (gerektiğinde ek sayfa kullanınız)

## İTİRAZ FORMU

Karar:

Tarih:

Bu konuda düzeltici faaliyet açılacak mı?  E  H

Müdürü : (Tarih ve İmza)