

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)