|  |  |
| --- | --- |
| Aşağdaki bilgiler, itiraz / şikayet sahibi tarafından tam ve doğru olarak doldurulmalıdır.  | İtiraz /Şikayet NoEUROGAP tarafından doldurulacaktır |
| İtiraz /Şikayet Tarihi : |  |
| Kuruluş Adı: |  |
| Bildirimde Bulunan Kişinin Adı Soyadı : |  |
| Telefon |  |
| Faks |  |
| Gsm |  |
| e-Mail  |  |
| Bildirim Konusu : [ ]  İTİRAZ [ ]  ŞİKAYET |
| İTİRAZ / ŞİKAYETİN AÇIKLANMASIBu bölüm, itiraz / şikayet sahibi tarafından açık ve anlaşılır bir şekilde doldurulacaktır. |
|  |

|  |
| --- |
| **İtiraz/Şikayet Sahibi İmza :** |