

 	Su Arıtma ve İşletme Dairesi Başkanlığı Temiz Su Laboratuvar Şube Müdürlüğü
Müşteri Şikayet ve İstek Formu	

Tarihi:	Şikayet ☐	İstek ☐	No:
Şikayetin /İsteğin Konusu:			
Şikayet /İstek Sahibinin		Kayıt Edenin	
Adı Soyadı: İmza: Adres:		Adı Soyadı: İmza:	
Talep ile İlgili Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları:			
İlgili Kişi	Kalite Yöneticisi	Laboratuvar Şefi	
Adı Soyadı: Tarih: İmza:	Adı Soyadı: Tarih: İmza:	Adı Soyadı: Tarih: İmza:	