

 	Atık Su Arıtma Dairesi Başkanlığı Atık Su Laboratuvarı Şube Müdürlüğü
Müşteri Şikâyet ve İstek Formu	

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