

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

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