

Form Türü	<input type="checkbox"/> İtiraz	<input type="checkbox"/> Şikayet
Tarih		
İtiraz / Şikayette Bulunan Kişinin		
Adı – Soyadı		
TC Kimlik No		
Sabit Telefon		
Mobil Telefon		
E-Posta		
Adres		
Kurum/Firma Adı		
Sabit Telefon		
Mobil Telefon		
E-Posta		
Adres		
İmza		
İtiraz / Şikayet Nedeni:		
İtiraz / Şikayeti Teslim Alanın:		
Adı-Soyadı		
Görevi		
İmza		
Tarih		

