

İTİRAZ / İTİRAZ FORMU

Tarih : Adınız/Soyadınız : Operatör veya Şirket adı : Operatör kodu :	<input type="checkbox"/> İtiraz Tablo A'nın tamamlanması gerekıyor <input type="checkbox"/> Çekici B Tablosunun tamamlanması gerekıyor
GEREKÇE	
Masa A 1) İtiraz edilecek eylem : Eylemin tarihi ve sorumlusu : 3) İstenen Eylem :	
Masa B 1) Temyiz edilecek karar : 2) Bildirim tarihi ve Karar organı: 3) İstenen Eylem :	

Şikayetçi İmzası

Sekreter İmzası

Alındığı tarih

YEŞİL ÇİZGİNİN ALTINA YAZMAYIN

CERT SA TARAFINDAN DOLDURULACAK

sunulma zamanına göre kabulü <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR	Şikâyetçinin hazır bulunması zorunlu mudur ; <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> HAYIR	İnceleme / İtiraz İnceleme Tarihi: İsim / İmza
--	--	--