|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KARASU KAYMAKAMLIĞI**  **TÜKETİCİ HAKEM HEYETİ İRTİBAT BÜROSU**  **(YETKİLİ TÜKETİCİ HAKEM HEYETİ BAŞKANLIĞINA İLETİLMEK ÜZERE)** | | | |
| **ŞİKÂYET EDEN** | | | |
| **ADI SOYADI** | | |  |
| **T.C NUMARASI** | | |  |
| **ADRESİ** | | |  |
| **TELEFON NO** | | |  |
| **ŞİKÂYET EDİLEN** | | | |
| **ADI/UNVANI** | | |  |
| **ADRESİ** | | |  |
| **VERGİ/TC NUMARASI** | | |  |
| **ŞİKÂYETE KONU ÜRÜN YA DA HİZMET** | | | |
| **TÜRÜ** | | | Ayıplı Mal ( ) Ayıplı Hizmet ( ) |
| **MARKA/MODEL** | | |  |
|  | **FATURA/FİŞ** | | Var ( ) Yok ( ) Verilmedi ( ) |
| **ÜRÜN/HİZMET** | | | Fatura Tarihi: Fatura No: |
| **BEDEL** | | | ……………………..……....-**TL** |
| **ŞİKÂYETİNİZİ YAZINIZ** | | | |
|  | | | |
| **TALEBİNİZİ SEÇİNİZ**  Sadece  **Bir (1) Tercih**  **Hakkınız**  Vardır. | | |  |  | | --- | --- | | **!** | **Yandaki seçeneklerden farklı bir talebiniz varsa aşağıda satıra talebinizi açıkça yazınız.** |   1- ( )- Bedel İadesi / Bedel İadesi İçeren Sözleşmeden Dönme  2- ( )- Ürünün Misliyle Değişimi/Hizmetin Yeniden Görülmesi  3- ( )- Ücretsiz Onarım | |
| ..…………………………………………………………………….……………………...…….……………………………………………………………………………….………………………………………………………………………. | |
| **TARİH: / / 20…. İMZA:** | |