LETIS Bioteam Organic & Quality Certifier	**İTİRAZ FORMU**	

İTİRAZ TARİHİ:

MÜTEŞEBBİS Adı	
Adres	
Telefon	
E-mail	
Faks	
İtirazın İçeriği :	
Karar :	
Tarih:	
Bu konuda düzeltici faaliyet açılacak mı? ☐ **E** ☐ **H**	
Müdürler Kurulu Başkanı : (Tarih ve İmza)	