



## Paydaş Geri Bildirim Formu

Doküman No:	TBMYO.FR.0002
Yayın Tarihi:	10.11.2022
Revizyon Tarihi:	-
Revizyon No:	-
Sayfa:	1/1

Adınız Soyadınız	
e-posta Adresiniz	
Cep Telefonu Numaranız	
Üniversitemiz ile Olan İlişkiniz	<input type="checkbox"/> Personel <input type="checkbox"/> Öğrenci Velisi <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Proje Ortağı <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Diğer
İlgili Birim Seçiniz	
Geri Bildirim Türü Seçiniz	<input type="checkbox"/> Dilek <input type="checkbox"/> Görüş <input type="checkbox"/> Memnuniyet <input type="checkbox"/> Şikayet
Konu Özetini Giriniz	
Konu ile İlgili Açıklama Giriniz	

HAZIRLAYAN ...../...../..... ..... İMZA	ONAYLAYAN ...../...../..... ..... İMZA
--	---