

<input type="checkbox"/> Şikayet	<input type="checkbox"/> Öneri	<input type="checkbox"/> İtiraz
1. Kısım: Şikayet / Öneri / İtiraz Sahibi		
Şikayet / Öneri / İtiraz Sahibi Adı		
Kurum veya Kuruluş ise Kontak Kişi Adı		
e-mail, telefon		
Şikayet / Öneri / İtiraz Tanımı		
Tarih		
2. Kısım: Two Rooms Butik Otel tarafından doldurulacaktır		
Şikayet / Öneri / İtiraz Alan Kişi Adı		
Şikayet / Öneri / İtiraz No		
Kabul – Ret	<input type="checkbox"/> Kabul	<input type="checkbox"/> Ret
Kabul – Ret Nedeni		
Çözüm için düzeltici faaliyet gerekli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Çözüm için yapılacak faaliyet		
Çözümlendiği Tarih		