



OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu	GR.FR.02
Yayın Tarihi	11.01.2012
Revizyon Numarası	01
Revizyon Tarihi	03.10.2016
Sayfa Numarası	1/1

Olayı Bildiren Personel Adı-Soyadı :

Görev Yaptığı Yer :

Görevi :

OLAYIN TANIMI :

Bildirimi Yapan / Tarih
Adı Soyadı

Teslim Alan / Tarih
Adı Soyadı

Üst Amir
Adı Soyadı

Olay gerçekleştiği andan itibaren en geç 3 iş günü içerisinde bu formu ayrıntılı bir şekilde doldurup, bölüm sorumlunuza teslim ediniz.