

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: SÇ-FR-17 Yayın Tarihi :31.05.2025
	KASA KESİNTİSİ ONAY FORMU	Revizyon No :00 RevizyonTar... Sayfa No : 1 / 1

Kasa işlemlerinden doğan eksikliklerde, eksikliğin belgelerle şahsıma ait olduğunun tespiti durumunda, belirlenen tutarın maaşımdan kesilmesini kabul ediyorum.

ÇALIŞANIN

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../.....