

Müşteri/Şikayetçi/İtirazcı Bilgileri	Şikâyeti/İtirazı /isteği Alan
Kurum/Firma :	Ad, Soyad :
İlgili Kişi :	Görevi :
İletim Şekli : E-mail: <input type="checkbox"/> Faks: <input type="checkbox"/> Telefon: <input type="checkbox"/>	Tarih :
Anket: <input type="checkbox"/> Şahsen: <input type="checkbox"/>	İmza :

İtiraz/Şikâyet/Öneri Detayları(Destekleyici Dokümanlar eklenebilir)

--	--

Ön Değerlendirme Sonucu

--	--

Değerlendirmeyi Yapan :	İtiraz/Şikâyet/İstek kabul edilmedi ve müşteriye iletildi <input type="checkbox"/>
Tarih :	İtiraz/Şikâyet/İstek İtiraz kabul edildi ve müşteriye iletildi <input type="checkbox"/>
İmza :	

Düzeltilici Faaliyet Gerekli mi? Hayır Evet Döf No:**Şikâyet ile ilgili Yapılan Faaliyetler ve Sonuçları:**

--	--

Faaliyet Etkinliğinin Onayı

Alınan önlemler yeterlidir ve uygulanmaktadır Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	Kalite Yöneticisi	Laboratuvar Müdürü
Açıklama:	İsim :	İsim :
	Tarih :	Tarih :
	İmza :	İmza :

Müşteriye/Şikayetçiye Verilen Bilgi:

Kalite Yöneticisi:	Tarih:	İmza:
--------------------------	--------------	-------------