

İstek/ Şikayetçi Bilgileri;

Adı / Soyadı	
Temsil Ettiği Kurum/Kuruluş	
Telefon / E-mail	
Teklif No	
Rapor No	

A. İstek / Şikayet:

A. İstek / Şikayet:	

İstek / Şikayet Tarihi:

Formu Dolduran Personelin Adı Soyadı:

İmza:

İstek / Şikayetin Yapılma Şekli	Telefon		E-posta		Müşteri Memnuniyeti Anketi		Diğer (Belirtiniz):
	Fax		Posta		Şahsen		

İstek / Şikayet No:..... (Kalite Yöneticisi Tarafından Doldurulacaktır)

B. İstek / Şikayetin Değerlendirilmesi ve Yapılması Gerekenler:

B. İstek / Şikayetin Değerlendirilmesi ve Yapılması Gerekenler:		
Sorumlu:	Değerlendirme Tarihi: Termin:	
DF gerekli mi?	DF No:	
Tarih: Kalite Yöneticisi: İmza:	Tarih: Sorumlu: İmza:	Tarih: Genel Md./Lab. Müdürü: İmza:

C. Sonuç ve Düşünceler

C. Sonuç ve Düşünceler	
Tarih: Kalite Yöneticisi: İmza:	Tarih: Genel Müdür/Lab. Müdürü: İmza:

İlgili Kişilere Sonuç ve Düşünce Bildiriminin Yapılması

Formu Dolduran: Ad/Soyad: Tarih: İmza:	Sorumlu: Ad/Soyad: Tarih: İmza:	Müşteri (Bu bölümü Kalite Yöneticisi dolduracaktır.): Ad/Soyad: Tarih: Not:
---	--	--