



MÜŞTERİ ŞİKAYETİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME
FORMU

FR.No	FR.79.02
Y.T	25/01/2017
Rev. No	03
Rev. T	21/09/2020
S. No / T.S.No	1 / 1

Şikayet Tarihi:		Şikayeti Alan:	
Firma / Kuruluş Adı:			
E-Posta / Telefon / Faks No:			
Şikayeti Yapan Adı / Soyadı:			
Şikayetin Geliş Şekli:	<input type="checkbox"/> E-posta <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Faks <input type="checkbox"/> Şahsen <input type="checkbox"/> Müşteri Memnuniyeti Anketi <input type="checkbox"/> Diğer		
Şikayet Hakkındaki Bilgiler			
Şikayetin Tanımı:			
İlgili Birim / İmza:			
Kalite Yöneticisi / İmza:		Laboratuvar Yöneticisi / İmza:	
Şikayetin İncelenmesi Sonucunda Tespit Edilenler			
Yapılmasına Karar Verilen İşlem(ler)			
<input type="checkbox"/> Şikayet uygunsuzluktur. İlgili prosedüre göre işlem başlatılacaktır. Düzeltici Faaliyet (DF No:.....)			
<input type="checkbox"/> Şikayet uygunsuzluk değildir.			
<input type="checkbox"/> Uygun olmayan Deney İşlemleri			
İLGİLİ BÖLÜM SORUMLUSU İmza/Tarih		KALİTE YÖNETİCİSİ İmza/Tarih	
Müşteriye Bilgilendirme Yapan:		Bilgilendirme Tarihi:	
Şikayet konusu yazı ile bildirilmişse yazı bu forma eklenecektir. EKLER:			