

Şikâyetin Alınması

Şikâyet Numarası:

Şikâyet Tarihi:

Şikâyeti Kaydeden Personelin Adı Soyadı / Birimi:

Şikâyete konu olan Laboratuvar/Birim/Personel Adı:

Şikâyetin Alınma Şekli: Telefon ☐ e-mail ☐ Anket ☐ Ziyaret ☐**Şikâyette Bulunan Müşteriye Ait Bilgiler**

Adı Soyadı/Firma Adı:

Tel:

Faks:

e-posta:

Adres:

Şikâyetin Açıklaması:**Şikâyetin Kabul Edilip Edilmediği:
(Müşteriye geri bildirim yapıldı mı?)****Şikâyetin Değerlendirilmesi / Yapılacak Faaliyetler****Değerlendirmeye Katılanlar:****Düzeltilici Faaliyet Başlatılmasına Gerek var mı?****DF no:****Sonuç/ Müşteriye geri bildirim yapıldı mı?****Tarih:****Kalite Müdürü Onay:****Genel Müdür Onay:**