

Şikayet / İsteği Alan Yetkilinin			
Görüşme No		Tarih :	
Şikâyet / İstek Sahibinin		<u>İmza</u>	
Adı-Soyadı			
Firma Adı			
İrtibat Adresi			
Telefon:	Fax:	E-mail :	
Şikayet/İstek Konusu:			
Görüşme Yapan Adı-Soyadı/İmza			
Görüşmenin Alım Şekli	Telefon <input type="checkbox"/>	E-Mail <input type="checkbox"/>	Anket <input type="checkbox"/> Ziyaret <input type="checkbox"/>
Konu ile İlgili Birim/Personel			<u>İmza</u>
İletildiği Tarih			
Değerlendirme:			
Not: Sözlü olarak alınan şikâyet / isteklerde bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair şikâyet / istek sahibinin onayının alınması gereklidir.			
Düzeltilici Faaliyet Başlatılması Gerekli mi?		DF no:	
Sonuç / Müşteriye Geri Dönüş Yapıldı mı?			
Tarih			
Laboratuvar Müdürü Onay			