

MÜŞTERİ İSTEK VE ŞİKAYET FORMU

İstek / Şikayetçi Bilgileri;

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

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 Sistem Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır)

B. İstek / Şikayetin Değerlendirilmesi ve Yapılması Gerekenler

--	--	--

Sorumlu:	Termin:	
Tarih: Kalite Sistem Sorumlusu: İmza:	Tarih: Sorumlu: İmza:	Tarih: Lab. Müdürü: İmza:

C. Sonuç ve Düşünceler

--	--

Tarih: Kalite Sistem Sorumlusu: İmza:	Tarih: 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 Sistem Sorumlusu dolduracaktır): Ad/Soyad: Tarih: Not:
---	--	---