

ÖNERİ/ŞİKAYET BİLDİRİMİ

*Öneri/Şikayet Sahibi

Firma Adı:	İlgili Ad-Soyad:
Adres:	Unvan:
Telefon:	E-mail:

*Öneri/Şikayetin Konusu:

*Öneri/Şikayet
Bildirim Tarihi

Öneri/Şikayet No

Öneri/Şikayeti Alan Kişi

ÖNERİ / ŞİKAYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Önerilerin Değerlendirmesi / Açıklama:	Kalite Müdürü/ Tarih / İmza		
Şikayet Laboratuvar Faaliyetleriyle İlgili mi?	Evet []	Açıklama:	Kalite Müdürü/ Tarih / İmza
	Hayır []	Açıklama:	Kalite Müdürü/ Tarih / İmza
Şikayet Sahibine Geri Bildirim	Ad-Soyad	Tarih / İmza	

Değerlendirme Yapan(lar)

Ad-Soyad	Görev	Tarih / İmza

Düzeltilici Faaliyet Gerekli mi?

Evet []

Uygunsuzluk / DİF No:

Hayır []

-

Kalibrasyon Tekrarı Gerekli mi?

Evet []

Hayır []

ŞİKAYETİN ÇÖZÜM SÜRECİ

Faaliyetler	Sorumlu Kişi	Termin	İmza
Gerçekleştirilen Faaliyetler/Açıklama:	Kalite Müdürü/ Tarih / İmza		

ŞİKAYET SAHİBİNE GERİ BİLDİRİM

(Varsa) Açıklama:

Geri Bildirim Yapan

Ad-Soyad:

Geri Bildirim Tarihi:

İmza:

*Öneri/Şikayet sahibi tarafından doldurulacaktır.