

**ÖNERİ/ŞİKAYET/TALEP BİLDİRİMİ**

<b>Öneri</b> <input type="checkbox"/>	<b>Şikayet</b> <input type="checkbox"/>	<b>Çalışan Talebi</b> <input type="checkbox"/>	<b>Öneri/Şikayet/Talep No</b>
<b>*Öneri/Şikayet/Talep Sahibi</b>			
Firma Adı		İlgili Ad-Soyad	
Adres		Unvan	
Telefon		E-mail	
<b>*Öneri/Şikayet/Talep Konusu:</b>			
<b>*Bildirim Tarihi</b>		<b>Öneri/Şikayet/Talepi Alan Kişi</b>	
<b>ÖNERİ / ŞİKAYET / TALEBİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>			
<b>Önerilerin Değerlendirmesi / Açıklama:</b>			
<b>Taleplerin Değerlendirmesi / Açıklama:</b>			
<b>Şikayet Laboratuvar Faaliyetleriyle İlgili mi?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	<b>Açıklama:</b>	
	Hayır <input type="checkbox"/>	<b>Açıklama:</b>	
<b>Şikayet Sahibine Geri Bildirim</b>	<b>Ad-Soyad</b>	<b>Tarih/İmza</b>	
<b>Değerlendirme Yapanlar</b>			
<b>Ad-Soyad</b>	<b>Görev</b>	<b>Tarih / İmza</b>	
<b>Düzeltilici Faaliyet Gerekli mi?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Uygunsuzluk / DİF No:	
	Hayır <input type="checkbox"/>	-	
<b>Kalibrasyon Tekrarı Gerekli mi?</b>	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	

**ŞİKAYETİN ÇÖZÜM SÜRECİ**

<b>Faaliyetler</b>	<b>Sorumlu Kişi</b>	<b>Termin</b>	<b>İmza</b>
Gerçekleştirilen Faaliyetler/Açıklama:		Kalite Müdürü / Kalite Sorumlusu / Tarih/İmza	

**ŞİKAYET SAHİBİNE GERİ BİLDİRİM**

Açıklama (Varsa):	Geri Bildirimi Yapan Ad-Soyad : Tarih/İmza :
-------------------	---

\*Öneri/Şikayet sahibi tarafından doldurulacaktır.