

	ŞİKAYET FORMU	Doküman No : P03-T09-F02
		İlk Yayın Tarihi : 13.09.2021
		Revizyon No/Tarihi : 00/00.00.0000
		Sayfa No : 1

ŞİKAYET BİLDİRİMİ			
Şikâyet Numarası :		Şikâyet Bildirim Tarihi :	
Şikâyetin Sahibi (Firma adı, unvan, isim)			
Adres:			
Telefon/ e-mail			
ŞİKAYET TANIMLANMASI (Şikâyet Eden Tarafından Doldurulacak)			
ŞİKAYET KAPSAMINDA YAPILACAK FAALİYETLER (Laboratuvar tarafından Doldurulacak)			
Gerçekleştirilen Faaliyet			
İlgili Faaliyet Sorumlusu		İmza :	
ŞİKAYET DEĞERLENDİRME FORMU			
Düzeltilen Faaliyet	Evet <input type="checkbox"/>	DF No:	Hayır <input type="checkbox"/>
Düzeltilen Faaliyet Kapanma Tarihi			
Şikâyeti Değerlendiren	Kalite Yönetim Sorumlusu		Laboratuvar Müdürü
	İmza		İmza
Sonuç:			
GERİ BİLDİRİM			
Şikâyet Sahibine Geri bildirim yapıldı mı?			Evet <input type="checkbox"/> Tarih:
Açıklama:			