

| | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|------------|
|  | MÜŞTERİ ŞİKÂYET FORMU | Doküman No | FR.12 |
| | | Revizyon No/Tarihi | 00 |
| | | Yayın Tarihi | 15.09.2016 |
| | | Sayfa | 1/1 |

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| Şikâyet Sahibi | | Şikâyet Tarihi: | |
| Adı Soyadı | | | |
| Firma İsmi | | | |
| Firma Adresi | | | |
| Telefon | | E-mail: | |
| Şikâyet Konusu | | | |
| Şikâyeti Alan | | Görevi: | |
| Şikâyetin Değerlendirilmesi | | | |
| Değerlendirmeyi Yapanlar | Kalite Yönetim Temsilcisi | İmza/ Tarih | |
| | | | |
| | Laboratuvar Sorumlusu | | |
| | | | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Hazırlayan Kalite Yönetim Temsilcisi | Onaylayan Şirket Müdürü |
|--|-----------------------------------|