

ŞİKAYET ÖNERİ FORMU

Değerli Müşterimiz,

Laboratuvarımızdan aldığınız hizmetlerle ilgili istek, şikâyet veya görüş ve önerileriniz varsa, Aşağıdaki ilgili bölümlere yazarak (e posta, kargo veya elden) iletmenizi istirham ederiz.

İstek – Şikâyet, Görüş veya Öneri Konusu/ Tanımı	
(Müşteri veya istek-şikâyet vb. talepleri kaydeden laboratuvar personeli tarafından doldurulacaktır)	
Firma Adı	Formu Dolduran
Görevi / Unvanı	İmza:
İletişim /e-posta & Tel.	Adı Soyadı:
	Tarih:
DEĞERLENDİRME	
(Aşağıdaki bölümler sadece laboratuvar personeli tarafından doldurulacaktır)	
Şikâyetin /Talebin Geliş-Alınma Şekli: <input type="checkbox"/> Yazılı, <input type="checkbox"/> Sözlü, <input type="checkbox"/> e-posta, <input type="checkbox"/> Anket, <input type="checkbox"/> Diğer:.....	
Değerlendirilmesi: Şikâyet/Talep <input type="checkbox"/> KABUL / <input type="checkbox"/> RET	
Varsa, YAPILACAK FAALİYET ve KABUL / RET AÇIKLAMALARI	
<input type="checkbox"/> DF Gerekli Değil, <input type="checkbox"/> DF Gerekli (DF No:.)	
Değerlendirmeyi Yapan:	Faaliyet Sorumlusu:
Şikâyetçiye Bildirilecek Sonuçlar	
Müşteri Bilgilendirmesi tarihinde yapılmıştır.: İsim / İmza / Tarih:	
YAPILAN FAALİYETLER	
Kaydeden : İsim / İmza / Tarih	
SONUÇ	
Yapılan Faaliyet Yeterli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (İse yapılacak ilave faaliyetler aşağıya kaydedilir)	
Faaliyet Sorumlusu: İsim / İmza / Tarih:	
İstek-Şikâyet Kapatma veya Yapılacak İlave Faaliyetler ile İlgili Açıklamalar.	
Faaliyet Sorumlusu:	
Kalite Yöneticisi:	Varsa Ek Faaliyet Sorumlusu: İsim / İmza / Tarih