



ŞİKÂYET ALIMINI YAPAN:

ŞİKÂYET NO:

Personelin Adı Soyadı:

Tarih :

İmza:

MÜŞTERİ BİLGİLERİ:

Adı Soyadı:

Adres:

İmza:

Tel:

Fax:

E-mail:

ŞİKÂYETİN AÇIKLAMASI:

Değerlendirme Tarihi:

Şikayet Laboratuvar Faaliyeti İle İlgili mi?

EVET  HAYIR 

DEĞERLENDİRME VE ALINAN KARARLAR:

Düzeltilici faaliyet başlatılmasına gerek var mı?

İş Durdurmaya Gerek Var mı?

Müşteriye geri bildirim yapıldı mı?

Müşteri Şikâyeti İnceleme Komisyonu'na sevk edilmesi gerekiyor mu?

EVET

HAYIR

Kalite Sistem Yöneticisi

İlgili Personel

Müdür

MÜŞTERİ ŞİKÂYETİ İNCELEME KOMİSYONU KARARLARI:

SONUÇ:

**ÖNEMLİ NOT:** Sözlü olarak alınan şikâyetler veya taleplerde de bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına ilişkin onayın alınması gereklidir. Bu formu doldurup [ufuktarim@ufuktarim.com](mailto:ufuktarim@ufuktarim.com) adresine mail gönderiniz.

Kalite Sistem Yöneticisi

Laboratuvar Yöneticisi

Müdür