

MÜŞTERİ ŞİKÂyetLERİ FORMU

Sayfa No : 1/1

MÜŞTERİ BİLGİLERİ			
Müşteri Adı:	ŞİKÂyet TARİHİ/...../.....	Müşteri Yetkilisi:	Telefon: Faks:
Adres:			
ŞİKÂyet İLE İLGİLİ AYRINTILAR			
Şikâyetin İletilme Şekli	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Faks	<input type="checkbox"/> Diğer
Şikâyet Türü	<input type="checkbox"/> Ürün	<input type="checkbox"/> Hizmet	<input type="checkbox"/> Diğer
Hizmet Adı-No:	Hizmet Tarihi:		
Hizmet Türü:	Rapor No:		
Şikâyet Nedeni:			
Şikâyet ile İlgili Talep:			
Şikâyeti Alan Kişi:			
MÜŞTERİ ŞİKÂyetLERİ KOMİTESİ DEĞERLENDİRMESİ			
Toplantı Tarihi:			
Toplantı Yeri:			
ÖN DEĞERLENDİRME SONUCU			
Yapılacak İnceleme Türü:	Kayıtlardan İnceleme	Hizmet Üzerinde İnceleme	Yerinde İnceleme
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yerinde inceleme yapanın adı soyadı:			
Görüşü:			
Tarihi:			
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME SONUCU VERİLEN KARAR			
<input type="checkbox"/> ŞİKÂyet KABUL EDİLDİ		<input type="checkbox"/> ŞİKÂyet RED EDİLDİ	
ŞİKÂyetİN KABULÜ HALİNDE GİDERİLMESİ İÇİN YAPILACAK ÇALIŞMALAR			
DÖF	<input type="checkbox"/> Düzenlenmeli	<input type="checkbox"/> Gerek Yok	DÖF No:
DENEY SORUMLUSU İMZA	KALİTE SİSTEM YÖNETİCİSİ İMZA	LABORATUVAR MÜDÜRÜ İMZA	