ORDUGIDA KONTROL LABORATUVAR MÜDÜRLÜĞÜ

MÜŞTERİ ŞİKAYETLERİ PROSEDÜRÜ

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

İstek-Şikayet Alınma Tarihi:	**İstek-Şikayet No[1]:**

MÜŞTERİ BİLGİLERİ :
Adı:
Adresi:

Telefon:
Fax:
e-mail:
İlgili kişi:

İstek ☐ Şikâyet ☐

İstek-Şikayet Konusu:

Şikâyeti veya İsteği Kaydeden:	**Şikâyet – İstek**		
Ad Soyadı İmza:	**Direk**	**Telefonla**	**E-mail**

DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN EKİP:

SONUÇ:

Düzeltici Faaliyet Gerekli mi?
☐Evet ☐ Hayır
Müşteriye Dönüş yapıldı mı?
☐Evet ☐ Hayır

ONAY			
Şikâyeti veya İsteği Kaydeden	**İlgili Birim/Kişi**	**KYB Sorumlusu**	**Müdür**

1)Bu numara Kalite Yönetim Birimi sorumlusu tarafından verilecektir.