|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İstek-Şikayet Alınma Tarihi:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İstek-Şikayet No¹:**  |  |

 |
| **MÜŞTERİ BİLGİLERİ :**Adı:Adresi:Telefon:Fax:e-mail:İlgili kişi: |
|
| İstek □ Şikâyet □  |
| **İstek-Şikayet Konusu:** |
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Şikâyeti veya İsteği Kaydeden:****Ad Soyadı İmza:**  | **Şikâyet – İstek** |
| **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.