

BOLU GIDA KONTROL LABORATUVAR MÜDÜRLÜĞÜ**ŞİKÂYET FORMU**

Doküman No	F.P.15.01
İlk Yayın Tarihi	02.07.2007
Rev. No/Tarih	01/20.02.2019
Sayfa No	1 / 1

Şikâyetin Alımı:

Şikâyeti Kaydeden Çalışan:

Tarih:

Şikâyetin No:

Müşteri Bilgileri:

Adı Soyadı:

Tel:

Faks:

e-posta:

Adres:

Şikâyetin Açıklaması:**Değerlendirme Ekibi ve alınan kararlar:**Düzletici faaliyet başlatılmasına gerek var mı? EVET HAYIR Müşteriye geri bildirim yapıldı mı? EVET HAYIR **Şikâyetin Kapatılması:**

Kalite Yönetim Birimi Onayı:

Adı/Soyadı:

İmza:

Tarih: