



MÜŞTERİ İSTEK / ŞİKAYET FORMU

İstek/ Şikayetçi Bilgileri;

Adı / Soyadı

Temsil Ettiği
Kurum/Kuruluş

Telefon / E-mail

Teklif No

Rapor No

A. İstek / Şikayet:

İstek / Şikayet Tarihi:

Formu Dolduran Personelin Adı Soyadı:

İmza:

İstek / Şikayetin Yapılma Şekli

Telefon

E-posta

Müşteri
Memnuniyeti
Anketi

Diğer (Belirtiniz):

Fax

Posta

Şahsen

İstek / Şikayet No:..... (Kalite Yönetim Birim Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır)

B. İstek / Şikayetin Değerlendirilmesi ve Yapılması Gerekenler

Sorumlu:

Termin:

Tarih:
Kalite Yönetim Birim S.:
İmza:

Tarih:
Sorumlu:
İmza:

Tarih:
Lab. Müdürü:
İmza:

C. Sonuç ve Düşünceler

Tarih:
Kalite Yönetim Birim S.:
İmza:

Tarih:
Lab. Müdürü:
İmza: