|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öneri/Şikayetçi Bilgileri;** | | | | | | | | |
| Adı / Soyadı |  | | | | | | | |
| Temsil Ettiği Kurum/Kuruluş |  | | | | | | | |
| Telefon / E-mail |  | | | | | | | |
| Teklif No |  | | | | | | | |
| Rapor No |  | | | | | | | |
| **A. Öneri / Şikayet:** | | | | | | | | |
| **Öneri /Şikayet Tarihi:**  **Formu Dolduran Personelin Adı Soyadı:**  **İmza:** | | | | | | | | |
| Öneri /Şikayetin Yapılma Şekli | | Telefon |  | E-posta |  | Müşteri Memnuniyeti Anketi |  | Diğer (Belirtiniz): |
| Fax |  | Posta |  | Şahsen |  |

Öneri /Şikayet No:………………. (Kalite Yöneticisi Tarafından Doldurulacaktır)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Öneri /Şikayetin Değerlendirilmesi ve Yapılması Gerekenler** | | | | |
| Sorumlu: | | Termin: | | |
| Tarih:  Kalite Yöneticisi:  İmza: | Tarih:  Sorumlu:  İmza: | | | Tarih:  Lab. Müdürü:  İmza: |
| **C. Sonuç ve Düşünceler** | | | | |
| Tarih:  Kalite Yöneticisi:  İmza: | | | Tarih:  Lab. Müdürü:  İmza: | |