|  |
| --- |
| **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: |