|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MÜŞTERİ ŞİKAYET / TALEP FORMU | | | | | | Şikayet No: Şikayet Tar.: |
|  | | | | | | | |
| **Müşteri Bilgileri** | | | |  | Şikayeti / Talebi Alan | | |
| Şikayet No: | : |  | |  | Ad, Soyad | : | |
| Kuruluş | : |  | |  | Görevi | : | |
| İlgili Kişi |  |  | |  | Çalıştığı Bölüm | : | |
|  |  |  | |  | İmza | : | |
|  |  |  | |  |  |  | |
| **Şikayet**  **Talep** | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | |
| Şikayet / Talep Tanımı: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| KALİTE YÖNETİCİSİ TARAFINDAN DOLDURULUR | | | | | | | |
| Değerlendirme İlgili Bölüm : | | | | | | | |
| ŞİKAYETLE İLGİLİ BÖLÜM / KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULUR | | | | | | | |
| Şikayetin Kök Nedeni: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Düzeltici / Önleyici Faaliyet: | | | | | | | |
| **Bölüm Yöneticisi : İmza: Termin:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Sonuç:Tarih: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Muayene Operasyonları Yöneticisi | | | Yönetim Temsilcisi | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| **Müşteri veya Şikayette Bulunulan Birim/Kişi’ ye Verilen Bilgi:** **Yönetim Temsilcisi : İmza: Tarih:** |

##### 