



## ŞİKÂYET - İTİRAZ - İSTEK DEĞERLENDİRME FORMU

<b>Doküman Kodu</b>	<b>Yayın Tarihi</b>	<b>Revizyon No/Revizyon Tarihi</b>	<b>Sayfa No</b>
DM-FR-4.7.2	09.01.2015	00	1 / 1

<b>TARİH</b>		<b>SIRA NO</b>			
<b>FİRMA ADI</b>		<b>HİZMET TİPİ</b>			
<b>GELİŞ ŞEKLİ</b>	<input type="checkbox"/> TELEFON	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> MEKTUP	<input type="checkbox"/> SÖZLÜ	<input type="checkbox"/> E-POSTA
<b>ŞİKÂYETİN/İTİRAZ/ÖNERİ AÇIKLAMASI:</b>					
<b>Şikâyeti Bildiren İSİM/İMZA</b>			<b>Şikâyeti Alan İSİM/İMZA</b>		
<i>Bundan sonraki kısımları Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından veya ilgili bölümler tarafından doldurulacaktır.</i>					
<b>ŞİKÂYET / İTİRAZ / ÖNERİ KÖK NEDENİ-DEĞERLENDİRMESİ:</b>					
<b>ŞİKÂYET / İTİRAZ / ÖNERİ YAPILACAK İŞLEM:</b>					
<b>SONUÇ:</b>					
<b>YÖNETİM TEMSİLCİSİ İSİM / İMZA</b>					