



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 Yöneticisi Tarafından Doldurulacaktır)

B. İstek / 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:
---------------------------------------	---------------------------------