

MÜŞTERİ ŞİKAYET , İTİRAZ ve ÖNERİ BİLDİRİM FORMU

Doküman No: MH.FRM.010
Yayın Tarihi: 12.Kasım.2013
Revizyon No: 01
SAYFA NO: 1/1

ŞİKAYET / İTİRAZ NO : / (yıl / no)	
TARİH:	
FİRMA ADI:	
FAALİYET KONUSU:	
YETKİLİ PERSONEL/Adı, Soyadı-İMZA:	
TEL. NO:	FAX. NO: E-MAIL:
MÜŞTERİ İLE GÖRÜŞEN KİŞİ/Adı, Soyadı-İMZA:	
İLETİŞİM ŞEKLİ: <input type="checkbox"/> SÖZLÜ* <input type="checkbox"/> YAZILI**	
* Sözlü iletişimler bu form ile yazılı hale dönüştürülür. ** Müşteriden gelen yazılı belge bu forma iliştilir.	
MÜŞTERİ ARAMA NEDENİ: <input type="checkbox"/> ÖNERİ <input type="checkbox"/> ŞİKAYET <input type="checkbox"/> İTİRAZ <input type="checkbox"/> VALİDASYON HİZMETLERİNDE UYGUNSUZLUK	
ŞİKAYET / İTİRAZ / ÖNERİ AÇIKLAMALARI	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
DEĞERLENDİRME	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
FORMU DOLDURAN/Adı, Soyadı-İMZA:	MÜŞTERİ / Adı, Soyadı-İMZA:
*** Bu form doldurulduktan sonra, Kalite Yönetim Temsilcisi' ne iletilecektir.	