

	AFYONKARAHİSAR GIDA KONTROL LABORATUVAR MÜDÜRLÜĞÜ	Yürürlük Tarihi	03.01.2019
		Kodu	F.P.17.01
		Rev. No / Tarihi	1/10.09.2021
		Sayfa	1/1
ŞİKAYET FORMU			

Şikayetin Alımı:

Şikayeti Kaydeden Personel:

Tarih:

Şikayet No:

Müşteri Bilgileri:

Adı Soyadı:

Tel:

Faks:

e-mail:

Adres:

Şikayetin Açıklaması:

Değerlendirme Ekibi ve Alınan Kararlar:

Düzeltilici faaliyet başlatılmasına gerek var mı? EVET HAYIR

Müşteriye geri bildirim yapıldı mı? EVET HAYIR

Şikayetin Kapatılması

Kalite Yönetim Birimi Sorumlusu

Laboratuvar Müdürü Onayı

Adı/Soyadı:

Ad/Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih: