

Müşteri / Şikayetçi Bilgileri	
Firma Adı	
Firma Yetkilisi	
Görevi	
Numune Kodu	
Şikayet Konusu	
Şikayet Sorumlusu Ad Soyad: Tarih: İmza:	

Aşağıdaki alan Eurofins İzmir Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

Şikayet Detayları	
Kabul Edilme Durumu	Kabul <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/>
Şikayet Numarası	
Düzeltilici Faaliyet Numarası	
Uygulanan Düzeltilici Faaliyet	
Müşteriye Dönüş Tarihi:	
Müşteriye Dönüş Yapan Kişi:	
Faaliyet Etkinliğinin Onayı Kalite Yönetim Birim Sorumlusu Adı-Soyadı: Tarih: İmza:	Laboratuvar Müdürü Adı-Soyadı: Tarih: İmza: