

Gerekçeli <input type="checkbox"/>	Gerekçesiz <input type="checkbox"/>	Şikayet No :			
<b>Müşteri/Şikayetçi Bilgileri</b>		<b>Şikayeti Alan</b>			
Firma adı :		Ad, Soyad :			
Firma Yetkilisi :		Görevi :			
Görevi :		Tarih :			
Numune Kodu :		İmza :			
Şikayet İletme Biçimi:	E-mail: <input type="checkbox"/>	Faks: <input type="checkbox"/>	Telefon: <input type="checkbox"/>	Anket: <input type="checkbox"/>	Şahsen: <input type="checkbox"/>
Şikayet Tanımı:					
Şikayet Sorumlusu (Adı-Soyadı-Görevi) :					

KYS SORUMLUSU veya LABORATUVAR MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN DOLDURULUR

<b>Ön Değerlendirme:</b>	
<b>Kabul Edilme Durumu:</b>	<b>Faaliyet Türü</b>
Kabul <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Düzeltici Faaliyet <input type="checkbox"/> Uygun Olmayan İş
<b>Termin:</b>	<b>Değerlendirmeyi Yapan:</b>

ŞİKAYETLE İLGİLİ BİRİM TARAFINDAN DOLDURULUR

<b>Kök Neden:</b>
<b>Planlanan Faaliyet:</b>
<b>Birim Sorumlusu:</b> <b>İmza:</b> <b>Termin:</b>

<b>Gerçekleşen Düzeltme ve/veya Düzeltici Faaliyetler:</b>
<b>Sorumlu Personel :</b> <b>İmza:</b> <b>Gerçekleşme Tarihi:</b>

FAALİYET ETKİNLİĞİNİN ONAYI

Alınan önlemler yeterlidir ve uygulanmaktadır. <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR	
<b>Kalite Yönetim Sistemi Sorumlusu</b>	<b>Laboratuvar Müdürü</b>
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmza	İmza

ŞİKAYET/İSTEĞİN SONUÇLANDIRILMASI ve MÜŞTERİYE BİLDİRİMİ

<b>Müşteriye/Şikayetçiye Verilen Bilgi:</b>
<b>KYS Sorumlusu :</b> <b>İmza:</b> <b>Tarih:</b>