

## ACTV BİYOTEKNOLOJİ LABORATUVAR MÜŞTERİ ŞİKAYETİ KAYIT FORMU

1.MÜŞTERİ ŞİKAYETİ BİLDİRİMİ <i>(müşteri tarafından doldurulacaktır.)</i>			
Şikayet Bildirim Tarihi:			
MÜŞTERİ			
Telefon/e-mail			
Şikayeti Bildirenin Adı/Soyadı		Görevi	
İmza			
2.ŞİKAYETİN TANIMLANMASI <i>(müşteri tarafından doldurulacaktır.)</i>			
3.ŞİKAYET KAPSAMINDA YAPILACAK FAALİYETLER <i>(laboratuvar tarafından doldurulacaktır.)</i>			
<u>Formu Teslim Alan/İmza:</u>			
<u>Müşteriye Bildirme Tarihi</u>		<u>Bildirim Şekli</u>	
<u>Bağlantı Kurulan Müşteri Temsilcisi</u>		<u>Bildirimi Yapan/Tarih/İmza</u>	
<u>Şikayet No: MS.20.....00.....</u>			
<u>Kalite Kontrol Sorumlusu</u>			
4.DEĞERLENDİRME SONUCU <i>(laboratuvar tarafından doldurulacaktır.)</i>			
DOF Başlatılsın mı?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
<u>Evet ise: DOF No:</u>	DF.20.....00.....		
<u>DOF Kapanış Tarihi</u>			
<u>Kalite Operasyonları Müdürü</u>		<u>Tarih/İmza</u>	
<u>Müşteriye Bildirme Tarihi</u>		<u>Bildirim Şekli</u>	
<u>Bağlantı Kurulan Müşteri Temsilcisi</u>		<u>Bildirimi Yapan/Tarih/İmza</u>	