|  |
| --- |
| Bu Kısım Şikâyet /Öneri Sahibi Tarafından Doldurulacaktır. |
|  Şikâyet [ ]  Öneri [ ]  Tarih: ………………………… |
| Şikâyetin /Önerinin Konusu/Tanımı: |
| Şikâyet /Önerinin Sahibi:*(Firma adı, unvan, isim)*Adres:Telefon:e-mail:  |
| Bu Kısım AZOLAB Yetkilileri Tarafından Doldurulacaktır. |
| Şikâyeti/Öneriyi Değerlendiren Kişi / Kişiler | Adı Soyadıİmza/Tarih | Adı Soyadıİmza/Tarih | Adı Soyadıİmza/Tarih |
| Şikâyeti/Öneri için Geri Bildirimde Bulunacak Kişi / Kişiler | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DEĞERLENDİRME Tarih: ………………… |
| Şikâyetin/ Önerinin Değerlendirilmesi:  |
| Faaliyet Formu Gerekir: Evet [ ]  Hayır [ ] Evet İse FF No: ………………. | Düzeltici Faaliyet Gerekir: Evet [ ]  Hayır [ ] Evet ise DF No: ……………………… |
|  GERİ BİLDİRİM Tarih: ………………… |
| Şikâyet/Öneri Sahibine Yapılan Geri Bildirim :   |