

İSTEK VE ŞİKAYET FORMU

|                                                                      |                      |                                                       |  |                                         |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|
| Müşteri veya Müşteri Temsilcisinin                                   |                      | İstek-Şikâyet<br>Takip No:                            |  |                                         |
| Adı:                                                                 |                      | Telefon:                                              |  |                                         |
| Soyadı:                                                              |                      | Faks:                                                 |  |                                         |
| Yazışma Adresi:                                                      |                      | E-mail:                                               |  |                                         |
|                                                                      |                      | Şehir:                                                |  |                                         |
|                                                                      |                      | Posta Kodu:                                           |  |                                         |
| İstek <input type="checkbox"/> Şikâyet <input type="checkbox"/>      |                      |                                                       |  |                                         |
| Konusu:                                                              |                      |                                                       |  |                                         |
| Şikâyet veya İstek Sahibinin<br>Adı Soyadı:<br>İmza:                 |                      | Şikâyeti veya İsteği Kaydeden<br>Adı Soyadı:<br>İmza: |  | Şikâyet – İstek<br>Direk Telefon E-mail |
| Şikâyetlerle – İsteklerle İle İlgili Yapılan Çalışmalar ve Sonuçları |                      |                                                       |  |                                         |
|                                                                      |                      |                                                       |  |                                         |
| Kalite Yönetim Temsilcisi                                            | İlgili Sorumlular    | Laboratuvar Müdürü                                    |  |                                         |
| Adı Soyadı:<br>İmza:                                                 | Adı Soyadı:<br>İmza: | Adı Soyadı:<br>İmza:                                  |  |                                         |
| Kapatma Tarihi<br>.../.../...                                        |                      |                                                       |  |                                         |