



ŞİKAYET KAYIT FORMU

Şikayet Konusu:	Tarih:	
Şikayet Sahibi Adı-Soyadı: İmza:	Firma Ünvanı: e-posta:	
ŞİKAYETİN AYRINTILARI (Varsa Önerileriniz)		
Şikayeti Alan Personel Adı-Soyadı / Görevi / İmza:		
Şikayet No (KYS tarafından verilecektir)		
Şikayetin Alınma Şekli (Sözlü, e-mail, telefon, anket, yazılı dilekçe vb. olduğunu belirtiniz.)		
Şikayetin Değerlendirilmesi	<input type="checkbox"/> KABUL Şikayet sahibine bilgi verildi.	<input type="checkbox"/> RED Şikayet sorumluluğumuzdaki laboratuvar faaliyetlerimizle ilgili değil.
Değerlendirmeyi Yapan Adı-Soyadı / Görevi:		
Yapılacak Faaliyet:		
Termin Tarihi:		
Gerçekleşen Faaliyet:		
İlgili Sorumlu / Tarih / İmza:		
Şikayet Sahibine Bildirilecek Sonuçlar:		
Yapılan Faaliyet Yeterli mi? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR		
Düzeltilici Faaliyet Gerekmez <input type="checkbox"/> Düzeltilici Faaliyet Gerekir <input type="checkbox"/> DF No:		
Şikayet Sahibi Bilgilendirmesi Yapıldığı Tarih:		
Şikayet Kapatma Onayı Laboratuvar Sorumlusu: Tarih / İmza:	Şikayet Kapatma Onayı Kalite Yönetim Sorumlusu: Tarih / İmza:	