



FLO AR-GE LABORATUVARI
ŞİKÂyet FORMU

Doküman No: FRM.030

Sayfa: 1 / 2

İlk Yayın Tarihi: 01.07.2015

Revizyon Tarihi/No: 23.10.2024/06

Sıra No:

Şikâyetin Konusu - Tanımı:

.....

.....

.....

.....

Şikâyetin Sahibi:
(Firma Adı, Unvanı, Şahıs Adı)

Adres:

Telefon:

e-mail:

Tarih:

Şikâyeti Alan:

İmza:

DEĞERLENDİRME

Şikâyet Laboratuvar Faaliyeti ile ilgili mi?

() Evet

() Hayır

Hayır ise Gerekçesi:

Şikâyet sahibi şikâyetinde haklı mı değil mi?

() Evet

() Hayır

.....

.....

.....

.....

Geri Bildirim Yapan Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Uygunsuzluk No:

DF No:



FLO AR-GE LABORATUVARI
ŞİKÂyet FORMU

Doküman No: FRM.030

Sayfa: 2 / 2

İlk Yayın Tarihi: 01.07.2015

Revizyon Tarihi/No: 23.10.2024/06

FAALİYET PLANI

Faaliyet	Sorumlu	Termin	İmza

Sonuç:

.....

.....

.....

.....

GERİ BİLDİRİM

Şikâyet sahibine resmi (e-mail ile) geri bildirim yapıldı mı?

() Evet

() Hayır

Resmi Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı:

İmza/Tarih: