



DİLEK VE ŞİKAYET FORMU

Doküman No:MGA-FR01-PR14

İlk Yayın Tarihi: 02.04.2023

Revizyon No: 00

Revizyon Tarihi: -

Sayfa 1 / 1

Dilek-Şikayet Alınma Tarihi:		Dilek-Şikayet No ¹ :	
MÜŞTERİ BİLGİLERİ			
Adı Soyadı :			
Adresi:			
Telefon:			
Fax:			
E-mail:			
Dilek <input type="checkbox"/> Şikayet <input type="checkbox"/>			
Dilek-Şikayet Konusu:			
Dilek-Şikayeti Kaydeden:		Dilek-Şikayet İletim Yolu	
Ad Soyadı İmza:		Direk <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>
		E mail <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>
ONAY			
Dilek-Şikayeti Kaydeden Ad Soyad İmza	İlgili Birim Çalışanları Ad Soyad İmza	KYB Sorumlusu Ad Soyad İmza	Laboratuvar Müdür Ad Soyad İmza

1)Bu numara Kalite Yönetim Birimi sorumlusu tarafından verilecektir.