



**ŞİKAYET VE İTİRAZ
DEĞERLENDİRME FORMU**

Dok.No :ABL:İTD:FRM:0001:T
Y.Tarihi : 01.03.2017
Revizyon T./No : 01.02.2018/1

| | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| ŞİKAYET İTİRAZ SAHİBİ: | | | |
| E-mail: | | | |
| TEL: | | | |
| ADRES: | | | |
| TARİH: | | | |
| ŞİKAYETİN KONUSU: | | | |
| | | | |
| ONAY (Personel Belgelendirme Sorumlusu) | ONAY (Kalite Yönetim Temsilcisi) | | |
| ADI SOYADI: | | | |
| TARİH: | | | |
| ŞİKAYET/İTİRAZ DEĞERLENDİRİLEN PERSONEL | | | |
| ADI SOYADI: | | | |
| İMZA: | | | |
| TARİH: | | | |
| ALINAN KARAR: | | | |
| | | | |
| KOMİTE ÜYE | | | |
| ADI SOYADI | | | |
| TARİH | | | |
| İMZA | | | |
| KOMİTE GÖRÜŞÜ: | | | |
| | | | |
| TARİH: | | | |