|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bu Kısım Şikâyet /Öneri Sahibi Tarafından Doldurulacaktır. | | | |
| Şikâyet  Öneri  Tarih: ………………………… | | | |
| Şikâyetin /Önerinin Konusu/Tanımı: | | | |
| Şikâyet /Önerinin Sahibi:  *(Firma adı, unvan, isim)*  Adres:  Telefon:  e-mail: | | | |
| Bu Kısım AZOLAB Yetkilileri Tarafından Doldurulacaktır. | | | |
| Şikâyeti/Öneriyi Değerlendiren Kişi / Kişiler | Adı Soyadı  İmza/Tarih | Adı Soyadı  İmza/Tarih | Adı Soyadı  İmza/Tarih |
| Şikâyeti/Öneri için Geri Bildirimde Bulunacak Kişi / Kişiler |  |  |  |
| DEĞERLENDİRME Tarih: ………………… | | | |
| Şikâyetin/ Önerinin Değerlendirilmesi: | | | |
| Faaliyet Formu Gerekir: Evet  Hayır  Evet İse FF No: ………………. | | Düzeltici Faaliyet Gerekir: Evet  Hayır  Evet ise DF No: ……………………… | |
| GERİ BİLDİRİM Tarih: ………………… | | | |
| Şikâyet/Öneri Sahibine Yapılan Geri Bildirim : | | | |