



MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

A- ŞİKAYET EDEN TARAFINDAN DOLDURULACAK

Firma Adı :	Tarih :
Adresi :	İmza :
Tel/Faks/e-posta :	Kaşe
Firma Yetkilisi :	
Ünvanı/Görevi :	

	Şikayet Konusu	Hizmet Tarihi	Sertifika No
1			
2			
3			
4			
5			

Açıklama:

B- KALİBRASYON LABORATUVARI TARAFINDAN DOLDURULACAK

İnceleme yapan personel	
Adı Soyadı	Sonuç

İnceleme Sonucunda yapılacak işlem

Düzeltme

Düzeltici faaliyet

Önleyici Faaliyet

Laboratuvar Yöneticisi Onayı:

Tarih:

Adres:

Tel:

faks:

e-posta: bilgi@rezonansed.com

Döküman Kodu:F.49 Revizyon No:00