	MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU	Döküman No	Yayın Tarihi	Rev. No / Tarih
Rezonans		F.50	5.01.2023	01 / 25.08.2024

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: