

## MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

**MERAM ÇEVRE LABORATUVARI**

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Doküman No:       | FR-11      |
| İlk Yayın Tarihi: | 15.11.2007 |
| Revizyon No:      | 04         |
| Revizyon Tarihi:  | 02.02.2017 |
| Sayfa No:         | 1 / 1      |

|                                                                                                                                                         |             |                |                           |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|---------------------------|-------------|
| <b>Şikâyet Sahibinin</b>                                                                                                                                |             |                | <b>Tarih : __/__/20__</b> |             |
| <b>Adı-Soyadı</b>                                                                                                                                       |             |                |                           | <b>İmza</b> |
| <b>Firma Adı</b>                                                                                                                                        |             |                |                           |             |
| <b>İrtibat Adresi</b>                                                                                                                                   |             |                |                           |             |
|                                                                                                                                                         |             |                |                           |             |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                         | <b>Fax:</b> | <b>E-mail:</b> | <b>@</b>                  |             |
| <b>Şikâyet Konusu:</b>                                                                                                                                  |             |                |                           |             |
|                                                                                                                                                         |             |                |                           |             |
| <b>Laboratuvarın Değerlendirmesi:</b>                                                                                                                   |             |                |                           |             |
|                                                                                                                                                         |             |                |                           |             |
| <b>DÖF Açılacak Mı?</b> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>                                                                    |             |                |                           |             |
| <b>Karar:</b>                                                                                                                                           |             |                |                           |             |
|                                                                                                                                                         |             |                |                           |             |
| <b>Şikâyeti Alan Yetkilinin</b>                                                                                                                         |             |                |                           | <b>İmza</b> |
| <b>Adı - Soyadı</b>                                                                                                                                     |             |                |                           |             |
| <b>Unvanı</b>                                                                                                                                           |             |                |                           |             |
| <b>Açıklama:</b>                                                                                                                                        |             |                |                           |             |
| <b>Not:</b> Sözlü olarak alınan şikâyetlerde bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair şikâyet sahibinin onayının alınması gereklidir. |             |                |                           |             |

Size daha iyi hizmet verebilmek için sorunlarınızda ilgili yerleri doldurarak [bilgi@meramcevre.com.tr](mailto:bilgi@meramcevre.com.tr) e-mail adresi veya 0332 342 7347 No'lu faks aracılığıyla tarafımıza göndermenizi rica ederiz. Zaman ayırdığınız ve ilgi gösterdiğiniz için teşekkür ederiz.

FR-11/REV.04/02.02.2017

|                                        |                                           |                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>HAZIRLAYAN</b><br>KALİTE YÖNETİCİSİ | <b>KONTROL EDEN</b><br>LABORATUVAR MÜDÜRÜ | <b>ONAYLAYAN</b><br>GENEL MÜDÜR |
|                                        |                                           |                                 |