

	<b>FORM</b>	Doküman No	YD.F.043		
	<b>ŞİKAYET/ÖNERİ/İTİRAZ FORMU</b>	Yayın Tarihi	20.11.2017		
		Revizyon Tarihi	-	No	00

Şikayet <input type="checkbox"/> Öneri <input type="checkbox"/> İtiraz <input type="checkbox"/>	
Şikayetin/Önerinin/İtirazın Konusu/Tanımı:	
<i>Geri bildirim yapabilmemiz için lütfen doldurunuz.</i>	
Şikayetin/Önerinin/İtiraz Sahibi: (Adı/unvanı, isim)	
Adres:	
Telefon:	e-posta:

Şikayeti/Öneriyi/İtirazı Alan:	Telefon No:
Tarih: ... / ... /20...	Saat:

Şikayeti/Öneriyi/İtirazı İlgilendiren Deney Sorumlusu:	Havale Edildiği Tarih
Şikayetin/ Önerinin Değerlendirilmesi (varsa açıklama):	
<b>Şikayeti/Öneriyi/İtirazı Değerlendirenler</b>	
<b>Deney Sorumlusu</b> (İmza, ad-soyad)	<b>Yeterlilik Deneyleri Organizatörü</b> (İmza, ad-soyad)
...../...../20...	...../...../20...
<b>Değerlendirme Sonucu:</b>	
<b>Uygunsuzluk açıldı.</b> <input type="checkbox"/>	
<b>DÖF başlatıldı.</b> <input type="checkbox"/>	

Yapılacak İşlemler	Sorumlu	Termin
--------------------	---------	--------

	<b>FORM</b>	<b>Doküman No</b>	YD.F.043		
	<b>ŞİKAYET/ÖNERİ/İTİRAZ FORMU</b>	<b>Yayın Tarihi</b>	20.11.2017		
		<b>Revizyon Tarihi</b>	-	<b>No</b>	00

<i>Kontrol Eden</i>		
<b>Şirket Müdürü</b>		
<i>(İmza, ad-soyad)</i>		
...../...../20...		

Müşteriye geri bildirim yapıldı mı?	<b>Evet</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hayır</b> <input type="checkbox"/>
Açıklama:		

e-mail: ...

web: ...