

|  |  |                          |               |
|--|--|--------------------------|---------------|
| <b>Alınma Tarihi</b>   | .../.../.....  | <b>Sonuçlanma tarihi</b> | .../.../..... |
| <b>Geliş şekli:</b>  | <input type="checkbox"/> GSM <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> e-posta <input type="checkbox"/> Sözlü <input type="checkbox"/> Web üzerinden |                          |               |
| <b>ŞİKAYET/İTİRAZ/ÖNERİ AÇIKLAMASI:</b>  |  |                          |               |
| <b>Bildiren İSİM/İMZA</b>  |  | <b>Alan İSİM/İMZA</b>    |               |
| Bundan sonraki kısımları Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından doldurulacaktır. |  |                          |               |
| <b>ŞİKAYET / İTİRAZ / ÖNERİ KÖK NEDENİ-DEĞERLENDİRMESİ:</b>                    |  |                          |               |
| <b>ŞİKÂYET / İTİRAZ / ÖNERİ YAPILACAK İŞLEM:</b>                               |  |                          |               |
| <b>İletim Yolu</b>   | <input type="radio"/> GSM <input type="radio"/> E-Posta <input type="radio"/> MEKTUP (taahhütlü-iadeli taahhütlü)  |                          |               |
| <b>Geri Bildirim Tarihi</b>  | .../.../.....  |                          |               |
| <b>SONUÇ:</b>  |  |                          |               |
| <b>KALİTE TEMSİLCİSİ:</b>  |  | <b>İMZA:</b>             |               |