

ŞİKAYET, İSTEK VE ÖNERİ KAYIT FORMU

KAYIT NO*		TARİH		SAAT	
Şikayet ☐	İstek ☐		Öneri ☐		
İletilme Şekli	Telefon ☐	E-posta ☐	Ziyaret ☐	Fax ☐	
Talep Sahibinin Adı-Soyadı: İrtibat Adresi: Tel: E-posta: İmza:		Talebi Alan Personelin Adı-Soyadı: Görevi: İmza:			
Numune Numarası	İlgili Birim		Analiz/Hizmet Adı		
ŞİKAYET, İSTEK VE ÖNERİ KONULARI					
ÖN DEĞERLENDİRME					
Değerlendirmeye Katılan Personeller:		Tarih:		İmza:	
YAPILAN FAALİYET					
İlgili Birim Sorumlusu (Tarih ve İmza)	Kalite Yönetim Temsilcisi (Tarih ve İmza)		Laboratuvar Müdürü (Tarih ve İmza)		

* Bu numara Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından verilecektir.