

	LABORATUVAR İTİRAZ / ŞİKAYET / ÖNERİ FORMU	Doküman No Yayın Tarihi Revizyon No Revizyon Tarihi Sayfa No	PSMD-FR-0012 10.01.2020 01 18.07.2023 1/1
İtiraz/Şikayetin /Önerinin Konusu-Tanımı			
İtiraz/Şikayet /Önerinin Sahibi: (Firma Adı, Ünvan, İsim) Adres: Telefon: e-mail:			
Tarih		No	
İtiraz/Şikayeti/Öneriyi Alan			
DEĞERLENDİRME			
İtiraz/Şikayet/Öneri Laboratuvar Faaliyeti ile ilgili mi?	EVET ☐	HAYIR ☐	Hayır ise Gerekçesi
	Tarih:		Adı Soyadı/İmza
İtiraz/Şikayet/Öneri Sahibine Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:			
İtiraz/Şikayetin/ Önerinin Değerlendirilmesi (varsa açıklama)			
Değerlendirme tarihi:			
İtiraz/Şikayeti/ Öneriyi Değerlendiren	Adı Soyadı/İmza	Düzeltilici Faaliyet Açılmalı mı?	☐ EVET ☐ HAYIR
DF No			
İtiraz/Şikayet/Öneri Sahibine Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:			
FAALİYET PLANI			
Faaliyet	Sorumlu	Termin	İmza
Sonuç:			
GERİ BİLDİRİM			
İtiraz/Şikayet/Öneri Sahibine Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:			
Açıklama:			