|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Müşteri Şikayet No** |  | **Tarih/Saat:** |
| **Şikayeti Kaydeden Birim/ Laboratuvar** |  | |
| **Şikayet Yolu (Sözlü/Yazılı/Telefon)** |  | |
| **Şikayeti Yapan Firma/Kuruluş/Kişi İletişim Bilgileri** |  | |
| **Şikayetin Konusu** |  | |

**Bu kısım KYB tarafından doldurulacaktır**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yapılacak Faaliyet/**  **Gerçekleştirecek kişi** |  | |
| **Müşteriyle İletişime Geçecek Personel** |  | |
| **Bilgilendirme tarihi** |  | |
| **Uygunsuzluk No** |  | |
| **Düzeltici Faaliyet No** |  | |
| **Sorumlu Birim/Laboratuvar/Personel** |  | |
|  |  | **Tarih:** |

Hazırlayan Onaylayan

Enstitü Müdürü

İmza İmza