

ÖNERİ ve ŞİKAYET FORMU

Öneri veya Şikayette Bulunan	
<input type="checkbox"/> Kurum Personeli	<input type="checkbox"/> Müşteri

Öneri veya Şikayette Bulunan Kurumun / Kişinin	
Adı / Soyadı :	Çalıştığı Bölüm :
Kurum :	Tarih :/...../.....
Telefon/Fax :	Saat : :

Şikayetiniz:	
.....	
.....	
.....	
Öneriniz:	
.....	
.....	
.....	
Öneriyi/Şikayeti Alan Kişinin Adı/Soyadı	İmza
.....

Şikayeti Gidermek İçin Eş Zamanlı Yapılan Faaliyetler	
.....	
.....	
.....	
.....	
Faaliyeti Gerçekleştiren Kişinin Adı/Soyadı	İmza
.....

**Değerlendirme bölümünden itibaren Ahenk Tıbbi Tanı ve Araştırma Laboratuvarı ilgili personeli tarafından doldurulacaktır.*

*Değerlendirme :		
.....		
.....		
Çözümler/Tedbirler :		
.....		
.....		
KABUL <input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/>		
Değerlendiren Kişinin Adı/Soyadı	Tarih	İmza
.....

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Gerekliliği EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>		
Kalite Yön. Tem. / Lab.Koor. /Lab. Sor. Tek./ Satış Pazarlama Sor.	Tarih	İmza
.....
Kalite Yönetim Temsilcisi Onayı	Tarih	İmza
.....

Personel/Müşteriye Cevap (Bilgilendirme) Tarihi:		
Personel/Müşteriye İletim Şekli: Tel <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>	E-mail <input type="checkbox"/>
Onaylayan:	İmza:	
.....	