



Şikayet Bildirim Formu

Doküman No	ÜBPR 07 F01
İlk Yayın Tarihi	05.02.2015
Revizyon Tarihi	
Revizyon No	00
Sayfa	1/1

Şikayet Sahibinin	NO ¹⁾ :				
Adı : Soyadı : İrtibat Adresi :	Tarih : İmza :				
Tel : e-mail:	Faks:				
Şikayetin Konusu :					
İtiraz veya Şikayet eden müteşebbisin, İtiraz veya Şikayet Komitesi üyelerini kabul etmesine dair bilgi:					
Tarih:					
Kabul Eden:					
Tarih:					
İtiraz Komitesi Üyeleri					
İmza					
İsim					
İtiraz eden müteşebbis İtiraz Komitesi'nin Kararı'nı Kabul etti mi?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
Bu konuda düzeltici faaliyet açılacak mı?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
<u>Şikayeti Alan De Control Yetkilisinin</u> Adı ve Soyadı :	Tarih : İmza :				
ÖNEMLİ NOT: Sözlü olarak alınan şikayetlerde de bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına ilişkin şikayet sahibinin onayının alınması gereklidir.					
1) Bu numara De Control Kalite Yönetimi Sorumlusu tarafından verilecektir.					

HAZIRLAYAN	ONAYLAYAN
KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU	GENEL MÜDÜR