



İtiraz ve 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.