

ÖZEL PROANALİZ LABORATUVARLAR GRUBU
MÜŞTERİ ŞİKAYET/MEMNUNİYET/TALEP BİLDİRİM FORMU

GÖRÜŞME NO		:	
TARİH		:	

Firma Adı	:									
Görüşülen Kişi	:									
Adresi	:									
Telefon/fax/e-mail	:									
Görüşme Konusu:	:									
Görüşme Yapan	:				İmza	:				
Görüşmenin Alım Yolu	Telefon	:	Fax	:	E-mail	:	Ziyaret	:	Anket	:

Şikayet / Öneri / Talep Konusunun İlgili Olduğu Bölüm/Kişi	:		İmza	:						
İletildiği Tarih	:									
Değerlendirme/İmza	:									
Sonuç	:	DÖF Başlatıldı mı?			DOF No:					
Sonuçla İlgili Müşteriye Geri Bildirim Yapıldı mı?	:									
Laboratuvar Sorumlu Müdürü Onayı	:				Tarih	:				