	MÜŞTERİ / PERSONEL TALEP VE ŞİKAYET DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	SAL.PR.7.9/FR.01
		İlk Yayın Tarihi	16.04.2018
		Rev.Tarihi-No	20.12.2021-02
		Sayfa No	1 / 1

Müşteri: ☐ **Personel:** ☐	
Adı Soyadı:	
Adres:	**Tarih:** ..... / ..... / .....
Telefon/Fax:	**İmza:**

Müşteri / Personel Şikayeti	**Müşteri / Personel Talebi / Önerisi**

Bu Kısım Laboratuvar Tarafından Doldurulacaktır.

Şikayeti/Talebi Alan Kişi: **..... / ..... / ..... İmza:**

Kök Neden Analizi:

Değerlendiren Kişi: **..... / ..... / ..... İmza:**

Yapılacak Faaliyet:

Müşteri / Personel Geri Bildirimi Gerekli mi? **Evet** ☐ **Hayır** ☐

Evet ise Görüşme Tarihi: ……/……. /…….

DGF Gerekli mi? **Evet** ☐ **Hayır** ☐ **Evet ise DGF No:**

Termin Tarihi: …… / ……. / ……

Sonuç:

Şube Müdürü Onayı:	**Tarih**	**İmza**
	..... / ..... /	