

ŞİKAYET İTİRAZ DEĞERLENDİRME FORMU

DOKÜMANIN ADI: AMB.FR.28

YAYIN TARİHİ: 03.02.2019

REVİZYON NO: 02

REVİZYON TARİHİ: 03.03.2020

İTİRAZ/ŞİKAYET SAHİBİNİN;

Ad Soyad

E-Mail

Telefon

Adres

Tarih

ŞİKAYETİN KONUSU:

Onay (Personel Belgelendirme Müdürü)

Onay (Kalite Yönetim Temsilcisi)

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

ŞİKAYET/İTİRAZ DEĞERLENDİRİLEN PERSONEL

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

ALINAN KARAR:**KOMİTE ÜYESİ**

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

KOMİTE GÖRÜŞÜ: