



MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

A- ŞİKAYET EDEN TARAFINDAN DOLDURULACAK

Firma Adı :	Tarih :
Adresi :	İmza :
Tel/Faks/e-posta :	Kaşe
Firma Yetkilisi :	
Ünvanı/Görevi :	

	Şikayet Konusu	Hizmet Tarihi	Sertifika No
1			
2			
3			
4			
5			

Açıklama:

B- TESTKAL KALİBRASYON LABORATUVARI TARAFINDAN DOLDURULACAK

İnceleme yapan personel	
Adı Soyadı	Sonuç

İnceleme Sonucunda yapılacak işlem

Düzeltme

Düzeltici faaliyet

Önleyici Faaliyet

Laboratuvar Yöneticisi Onayı:

Tarih:

Adres: Erenler Mah. 1052 Sok. No:8/1

[Tel:/faks:](tel:)

e-posta: info@testkal.com

Doküman Kodu:F.49 Revizyon No:01. Revizyon Tarihi:07.02.2015 Revizyon Nedeni:Yeni düzenlendi.