

## MÜŞTERİ ŞİKAYETİ DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No

FR.053

Yayın Tarihi

03.07.10

Revizyon No./Tarih

01/ 07.10.10

Sayfa No

1/1

Şikayet Tarihi

Şikayette Bulunan  
Firma /Yetkili Adı

Şikayet No

(Kalite Yönetim Temsilcisi  
Tarafından verilecektir.)

Şikayetin Geliş Şekli

 Yazı Fax

Şikayetin Açıklaması:

Şikayeti Alan Personel:

Şikayetin Nedeni:

Kalite Yönetim Temsilcisi :

Yapılacak işlem:

Kalite Yönetim Temsilcisi :

Planlanan Tarih :

Müşteri Geri Bildirimi Gerekli mi ?

Evet Hayır 

DÖF Gerekli mi ?

Evet Hayır 

Sonuç :

Onay  
Teknik Müdür :

Tarih: