



Şikayet Bildirim Formu

| | |
|------------------|-------------|
| Doküman No | ÜBPR 07 F01 |
| İlk Yayın Tarihi | 05.02.2015 |
| Revizyon Tarihi | |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa | 1/1 |

| | | | | | |
|--|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Şikayet Sahibinin | NO ¹⁾ : | | | | |
| Adı : Soyadı : İrtibat Adresi : | Tarih : İmza : | | | | |
| Tel : e-mail: | Faks: | | | | |
| Şikayetin Konusu : | | | | | |
| İtiraz veya Şikayet eden müteşebbisin, İtiraz veya Şikayet Komitesi üyelerini kabul etmesine dair bilgi: Tarih: Kabul Eden: | | | | | |
| Tarih: İtiraz Komitesi Üyeleri | | | | | |
| İmza | | | | | |
| İsim | | | | | |
| İtiraz eden müteşebbis İtiraz Komitesi'nin Kararı'nı Kabul etti mi? | | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> | | |
| Bu konuda düzeltici faaliyet açılacak mı? | | Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> | | |
| <u>Şikayeti Alan De Control Yetkilisinin</u> Adı ve Soyadı : | | Tarih : İmza : | | | |
| ÖNEMLİ NOT: Sözlü olarak alınan şikayetlerde de bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına ilişkin şikayet sahibinin onayının alınması gereklidir. | | | | | |

1) Bu numara De Control Kalite Yönetimi Sorumlusu tarafından verilecektir.

| | |
|--------------------------|-------------|
| HAZIRLAYAN | ONAYLAYAN |
| KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU | GENEL MÜDÜR |