



ŞİKAYET VE İTİRAZ FORMU

Doküman No	F-K-10
Sayfa	1/1
Yayın Tarihi	07.09.2021
Revizyon No	0
Revizyon Tarihi	-

Firma Adı:	Tarih:
Adresi:	Tel:
Yetkili Kişi:	E-posta:

Şikayetim / İtirazım:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOT: Lütfen bu formu doldurduktan sonra, info@mavibeyaz.org adresine iletiniz.

Bu bölüm MAVİBEYAZ TEKNİK KONTROL KALİBRASYON VE İŞ HİJYENİ LABORATUVARI personeli tarafından doldurulacaktır!

İlgili Bölüm	Periyodik Muayene Bölümü <input type="checkbox"/>	İş Hijyeni Laboratuvarı <input type="checkbox"/>	
Değerlendirme:	Şikayet Değildir <input type="checkbox"/>	Şikayettir <input type="checkbox"/>	İtirazdır <input type="checkbox"/>
Açıklama:		İtiraz ve Şikayet Kurulu Toplantı Tarihi ve Tutanak No: veya DF NO:	___/___/___
Kalite Müdürü:			_____