



**ADİYAMAN TOHUM
SERTİFİKASYON TEST
MÜDÜRLÜĞÜ**

MÜŞTERİ GÖRÜŞ VE ŞİKAYET FORMU

Doküman Kodu

FR-34

İlk Yayın Tarihi

09.09.2024

Revizyon Tarihi

-

Revizyon No

00

Sayfa No

1 / 1

MÜŞTERİ ADI:

TARİH:**TELEFON/FAX NO:****ADRES:**

E-POSTA:

GÖRÜŞ/ ŞİKAYET VE ÖNERİLERİNİZ

Bu bölüm Kalite Yönetim Birimi tarafından doldurulacaktır.

DÖFI

GÖRÜŞ NO

GEREKLİ

GEREKSİZ