|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Görüş/Şikâyetçi Bilgileri** | | | | | |
| **Müşteri (kişi/kurum) Unvanı** | |  | | | |
| **Adres** | |  | | | |
| **Tel / E mail** | |  | | | |
| **Şikâyet Tarihi** | |  | | | |
| **Şikâyete Konu Olan Hizmet/Hizmetler ve Şikâyetin Açıklaması** | | | | | |
| **Sertifika / Rapor No** | |  | | | |
| **Şikâyet Açıklaması** | |  | | | |
| **BTSTM Laboratuvarı tarafından doldurulacaktır.** | | | | | |
| Şikâyetin Yapılma Şekli: | * Telefon * Şahsen | | * E-Mail □ Web Sayfası * Diğer …………… | |  |
| **Formu Dolduran/ Şikâyetin Değerlendiren (**Adı Soyadı / İmza**) :** | | | | | |
| **Şikâyetin Değerlendirmesi ve Muhtemel Sebepleri** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Değerlendirme Sonucu** |  | | **Şikâyet No:** | |  |
| *□* **Şikâyet Kabul Edilmedi.** |  | | * **Şikâyet Kabul Edildi.**   + Düzeltici Faaliyet gerekli değil.   + Düzeltici Faaliyet (DF No ) | |  |
| **Şikâyetin Giderilmesi için Yapılan İşlemler:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Sonuç** | | | | | |
|  | | | | | |
| **KYS Sorumlusu**  Tarih/İmza | | | | **Laboratuvar Koordinatörü**  Tarih/İmza | |
| **Müdür** | | | | | |