|  |  |
| --- | --- |
| **MÜŞTERİ ADI:** | **TARİH:** |
| **TELEFON/FAX NO:** |
| **ADRES:** | **E-POSTA:**  |
| **GÖRÜŞ/ ŞİKÂYET VE ÖNERİLERİNİZ** |
| Bu bölüm Kalite Yönetim Birimi tarafından doldurulacaktır.Görüş ve Şikâyet No: Öneri [ ]  İstek [ ]  Şikâyet [ ] Düzeltici İyileştirici Faaliyet: Gerekli [ ]  Gereksiz [ ] DİF No: Tarih İmza  |
| FR-21 İletişim Tablosuna göre ilgili personel tarafından doldurulacaktır. Şikâyet Uygun [ ]  Şikâyet Uygun Değil [ ] Gerekçesi: Adı Soyadı İmza Tarih |
| Müşteriye Geri Dönüş Tarihi ve İçeriği |