|  |  |
| --- | --- |
| **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 | |