

Şikayet Tarihi		Şikayet No		
Şikayette Bulunan Firma /Yetkili Adı		Şikayet No		
Şikayetin Geliş Şekli	<input type="checkbox"/> Yazı	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> Telefon
Şikayetin Açıklaması:				
Şikayeti Alan Personel:				
Şikayetin Nedeni:				
Yapılacak işlem:				
Laboratuvar Müdürü :		Planlanan Tarih :		
DF / ÖF. Gerekli mi ?		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		
Sonuç :				
Onay Kalite Yönetim Sorumlusu :		Tarih:		