|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Şikayet** **[ ]** **İtiraz [ ]**  | **Öneri** **[ ]**  |  |  |
| **Şikâyet-İtiraz / Önerinin Tanımı** |  |  |
| **Şikâyet / Öneriyi ileten;** |  |  |
| **Kurum / Kişi** | **:** |  |
| **Adres** | **:** |  |
| **Tel. No / Faks No** | **:** |  |
| **e-Posta** | **:** |  |
| **Şikayet-İtiraz / Öneri Tarihi** | **:** |  |
| **Şikâyet-İtiraz / Öneriyi Kayıt Eden Bölüm / Kişi** | **:** |  | **Şikayet/İtiraz No:** |
| **DEĞERLENDİRME** |
| **Şikâyet-İtiraz/ Önerinin Değerlendirilmesi:** |
| **Değerlendirme Tarihi:** | **DİF Formu açılmalı** **[ ]**  | **DİF No:** |
| **Sonuç:****Sonuçlanma Tarihi:** |
| **GERİ BİLDİRİM** |
| **Şikâyet-İtiraz / Öneri Sahibine Geri bildirim yapıldı mı?** | **Evet** **[ ]  Hayır** **[ ]**  | **Tarih:** |
| **Açıklama:** |
| **İlgili Bölüm Sorumluları** | **Kalite Yönetim Temsilcisi** | **Laboratuvar Müdür** |