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