

ŞİKAYET/ÖNERİ ALIMI (Firmanız tarafından doldurulacaktır.)

Tarih	
Şikâyetin /Önerinin Konusu/Tanımı	
Şikâyet /Önerinin Sahibi (Firma adı, ünvan, isim)	
Adres	
Telefon	
e-mail	

DEĞERLENDİRME (Laboratuvarımız tarafından doldurulacaktır.)

Şikâyeti/Öneriyi Alan	
Şikâyetin/ Önerinin Değerlendirilmesi	
Değerlendirme Tarihi	
Şikâyeti/Öneriyi Değerlendiren	
DF Formu açılmalı mı?	EVET <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/>

Sonuç:

GERİ BİLDİRİM

Şikâyet/Öneri Sahibine Geri bildirim yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
---	--

Açıklama: