

 TEST KONTROL MUAYENE VE GÖZ.	Şikayet ve İtiraz Başvuru Formu	Dok.No.	FR.151.02
		Yay. Tarihi	25.06.2012
		Rev. No.	00
		Rev.Tarihi:	--
		Sayfa No:	1 / 1

Şikayette Bulunan Müşteri Bilgileri:

Adı, Soyadı, Ünvanı :

Firma Adı :

Telefon :

Faks :

E-posta Adresi :

Şikayetin Tanımlanması:

Şikayetin konusunu oluşturan muayene hizmetini yada aksaklığı açıklayınız:

Hizmet tarihi ve rapor no:

Varsa Şikâyet veya itirazınızı destekleyen durum/dokümanların bilgisi (lütfen ekleyiniz):

Uygulanan Çözümler/Öneriler

İtiraz/şikâyetlerinizin giderilmesi için uygulanmasını öngördüğünüz çözüm önerileriniz: