

|                  |  |       |  |      |  |
|------------------|--|-------|--|------|--|
| <u>KAYIT NO*</u> |  | TARİH |  | SAAT |  |
|------------------|--|-------|--|------|--|

|                                  |                                       |   |   |                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Şikayet <input type="checkbox"/> | <u>İstek</u> <input type="checkbox"/> | Öneri <input type="checkbox"/>          |   |                                     |
| İletilme Şekli                   | Telefon <input type="checkbox"/>      | <u>e-Posta</u> <input type="checkbox"/> | <u>Ziyaret</u> <input type="checkbox"/> | <u>Fax</u> <input type="checkbox"/> |

**TALEPTE BULUNAN**Adı-Soyadı:İrtibat Adresi:Tel:E-mail:İmza:**TALEBİ ALAN PERSONEL**

Adı-Soyadı:

Görevi:

İmza:

| <u>NUMUNE NUMARASI</u> | <u>İLGİLİ BİRİM</u> | <u>ANALİZ/HİZMET ADI</u> |
|------------------------|---------------------|--------------------------|
|                        |                     |                          |

**ŞİKAYET, İSTEK VE ÖNERİ KONULARI**

|  |
|--|
|  |
|--|

**ÖN DEĞERLENDİRME**

|  |
|--|
|  |
|--|

**ÇÖZÜM AÇIKLAMASI**  
(Yapılan çalışmalar belirtilmelidir)

|  |
|--|
|  |
|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>İlgili Birim Sorumlusu:</b><br>Tarih:<br>İmza: | <b>Kalite Yönetim Temsilcisi:</b><br>Tarih:<br>İmza: |
|---|--|

\*Bu numara Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından verilecektir.