

|                                                                                                                                                    |                               |                                |                                                                                     |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                   | <b>ŞİKÂYET/ÖNERİ FORMU</b>    |                                |  |                 |
| Şikâyetin /Önerinin Konusu-Tanımı                                                                                                                  |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Ürün Parti / Batch No:                                                                                                                             |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Ülke:                                                                                                                                              |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyetin Gerçekleştiği Ürün Adet Sayısı:                                                                                                          |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyet /Önerinin Sahibi:<br>(Firma Adı, Ünvan, İsim)<br>Adres:<br>Telefon:<br>e-mail:                                                             |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Tarih                                                                                                                                              |                               |                                | No                                                                                  |                 |
| İtirazı/Şikâyeti/Öneriyi Alan                                                                                                                      |                               |                                |                                                                                     |                 |
| <b>DEĞERLENDİRME</b>                                                                                                                               |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyet/Öneri<br>Laboratuvar<br>Faaliyeti ile ilgili<br>mi?                                                                                        | EVET <input type="checkbox"/> | HAYIR <input type="checkbox"/> | Hayır, ise Gerekçesi                                                                | Adı Soyadı/İmza |
|                                                                                                                                                    | Tarih:                        |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyet/Öneri Sahibine Kabul Konusunda Geri Bildirim Yapan<br>Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:<br>Bildirim Yöntemi ve Kayıt Bilgisi:               |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyetin/ Önerinin Değerlendirilmesi (Varsa açıklama)                                                                                             |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Değerlendirme Tarihi:                                                                                                                              |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyeti/<br>Öneriyi Değerlendiren                                                                                                                 | Adı Soyadı/İmza               |                                | Uygunsuzluk ve<br>Düzeltilici Faaliyet<br>Açılmalı mı?                              | DF<br>No        |
| <b>FAALİYET PLANI</b>                                                                                                                              |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Faaliyet                                                                                                                                           | Sorumlu                       | Termin                         | İmza                                                                                |                 |
|                                                                                                                                                    |                               |                                |                                                                                     |                 |
|                                                                                                                                                    |                               |                                |                                                                                     |                 |
|                                                                                                                                                    |                               |                                |                                                                                     |                 |
| Şikâyet/Öneri Sahibine Faaliyet Planlaması Konusunda Geri Bildirim Yapan<br>Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:<br>Bildirim Yöntemi ve Kayıt Bilgisi: |                               |                                |                                                                                     |                 |

|                                                                                   |                            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>ŞİKÂyet/ÖNERİ FORMU</b> |  |
| <b>Şikâyet/Öneri Sonucu:</b>                                                      |                            |                                                                                     |
| <b>SONUÇ İÇİN GERİ BİLDİRİM</b>                                                   |                            |                                                                                     |
| <b>Şikâyet/Öneri Sahibine Sonuç Hakkında Geri Bildirim Yapan</b>                  |                            |                                                                                     |
| <b>Personelin Adı Soyadı ve Tarihi:</b>                                           |                            |                                                                                     |
| <b>Bildirim Yöntemi ve Kayıt Bilgisi:</b>                                         |                            |                                                                                     |
| <b>Açıklama:</b>                                                                  |                            |                                                                                     |