

	Doküman No	Yürürlük Tarihi	Revizyon No/ Tarihi	Sayfa No
	BİR.FR.11	01.09.2021	01 / 26.09.2022	1 / 2
	GÖRÜŞ ÖNERİ FORMU			

Adı Soyadı/ Kurum:	Tarih:
İletişim Bilgileri /Adres:	

Yukarıdaki bilgilerin eksik veya hatalı girilmesi sonucunda tarafınıza geri bildirim yapılamayacaktır.

ŞİKAYET VE ÖNERİ KONUSU

--

Aşağıdaki alanlar BİR-LAB tarafından doldurulacaktır.

ŞİKAYETİN ALINMASI

Şikâyeti Alan Personel		Şikâyetin Alınma Tarihi	
Şikâyet/Önerinin İletilme Yolu	☐ Sözlü	☐ E-mail	☐ Anket ☐ Telefon ☐ Diğer

ANALİZ VE DEĞERLENDİRME

Takip No:	
☐ Kabul	☐ Red
Düzeltilici faaliyet gerekli mi?	☐ Evet , DF No: ☐ Hayır

SONUÇ

Şikâyet sahibine bildirilecek sonuçlar:			
Bilgilendirilen Kişi:		Tarih:	
Bilgilendiren Kişi:			
Bilgilendirmeden elde edilen sonuçlar:			

ŞİKAYETİ KAPATMA ONAYI

Kalite Yöneticisi Onayı / Tarih / İmza	☐ Evet ☐ Hayır
Kalite Yöneticisi Onayı / Tarih / İmza	Genel Müdür Onayı / Tarih / İmza