|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* ☐ Şikayet / ☐ İtiraz / ☐ Talep No:** | | | **Tarih:** | |
| Şikayet/İtiraz/Talep Sahibinin Adı-Soyadı-Firma Ünvanı: | | | Şikayet/İtiraz/Talebi Alanın Adı-Soyadı-Ünvanı: | |
| Şikayet/İtiraz/Talep Geliş Şekli | Sözlü ☐ E mail ☐ Faks ☐ Anket ☐ Diğer ☐ (....................) | | | |
| Şikayet/İtiraz/Talep Tanımı: | | | | |
| **Şikayet/Talebin Değerlendirilmesi:** | | **Şikayet/İtiraz/Talep Kabul □** | | **Şikayet/İtiraz/Talep Red □** |
| Değerlendirmeyi Yapan:  Kalite Yöneticisi / Program Koordinatörü | | | Yapılacak Faaliyet:  Termin Tarihi: | |
| Gerçekleştiren(ler)in Adı-Soyadı-Ünvanı:  Tarih: | | | Yapılan Faaliyet: | |
| **Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.** | | | | |
| Şikâyetçiye bildirilecek sonuçlar: | | | | |
| **Program Koordinatörü / Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.** | | | | |
| Yapılan Faaliyet Yeterli mi? ☐ Evet ☐ Hayır | | | | |
| Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Gerekmez. □ | | | Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Gerekir. **□** DÖF No: | |
| Müşteri/Personel Bilgilendirmesi ........................................ tarihinde yapılmıştır. | | | | |
| Şikayet/İtiraz/Talep Kapatma Onayı  Kalite Yöneticisi/Program Koordinatörü  Tarih-İmza | | | | |