



ŞİKAYET DEĞERLENDİRME FORMU

Complaint Evaluation Form

A. Şikayet Eden - Kurumsal / Complainant - Institutional

Adı Soyadı Name Surname		Şikayet Tarihi Complaint Date	
Telefon Phone		e-posta e-mail	

B. Şikayet Eden - Kişisel / Complainant - Personal

Kuruluş Organization						
Adı Soyadı Name Surname						
Telefon Phone			e-posta/e-mail			
Şikayet Bildirimi Complaint Notification	Mail/mail		Faks/fax		Kargo/cargo	Diger/other
Şikayet Açıklaması Description of the Complaint						
Onay/ Kaşe/İmza Approval/ Stamp/Signature						

C. FQC Değerlendirme/ FQC Evaluation

Bu bölüm FQC tarafından doldurulacaktır/ This section will be filled by the FQC.						
Şikayet Alan Complainant		Tarih Date		Şikayet No Complainant No		
Değerlendirme Evaluation						
Değerlendirme Tarihi/ Evaluation Date				DF No CA No		
Yönetim Temsilcisi/ Management Representative						
Değerlendirme Yapan/ Reviewer	Gülsaran AĞAOĞLU					
Düzeltilici Faaliyet(ler) Evaluation						
İlgili Bölüm/ Corrective Action(s)						
İlgili Bölüm Sorumlusu Related Department Manager						

Sonuç
Result

**Geri Bildirim
Detayı**
Feedback detail

Geri Bildirim Tarihi
Feedback date

**Geri Bildirim
Yapılan Kişi**
Feedback Person

**Belgelendirme Müdürü
Onayı**
*Certification Manager
Approval*

Ali AĞAOĞLU