

PROANALİZ DEMRE ÖZEL GIDA KONTROL LABORATUVARI
ŞİKAYET/MEMNUNİYET/TALEP BİLDİRİM FORMU

GÖRÜŞME NO	:	
TARİH	:	

Firma Adı	:				
Görüşülen Kişi	:				
Adresi	:				
Telefon/fax/e-mail	:				
Görüşme Konusu:	:				
Görüşme Yapan	:	İmza :			
Görüşmenin Alım Yolu	Telefon :	Fax :	E-mail :	Ziyaret :	Anket :

Şikayet / Öneri / Talep Konusunun İlgili Olduğu Bölüm/Kişi	:	İmza :
İletildiği Tarih	:	
Değerlendirme/İmza	:	
Sonuç	: DF Başlatıldı mı?	DF No:
Sonuçla İlgili Müşteriye Geri Bildirim Yapıldı mı?	:	
Laboratuvar Müdürü Onayı	:	Tarih :