

	MÜŞTERİ ŞİKAYET VE ÖNERİ FORMU	Doküman No : P12-F02
		İlk Yayın Tarihi : 01.07.2025
		Revizyon No : 00
		Revizyon Tarihi :
		Sayfa : 1 / 1

Şikayet Sahibinin:		Tarih:...../...../.....
Adı-Soyadı		İmza
Firma Adı		
İrtibat Adresi		
Telefon/Fax/e-mail		
Şikayet Konusu:		
Laboratuvarın Değerlendirmesi:		
DÖF Gerekli mi? Evet ☐ Hayır ☐		
Karar ve şikayet sahibine dönüş tarihi:		
Şikayeti Alan Personelin:		
Adı-Soyadı		İmza
Unvanı		

Not: Sözlü olarak alınan şikayetlerde de bu formun doldurulması ve konunun doğru anlaşıldığına dair şikayet sahibinin onayının alınması gereklidir.

Size daha iyi hizmet verebilmemiz için bu formu bilgi@asilcivata.com.tr e-mail adresine iletmenizi rica ederiz. Zaman ayırdığınız ve ilgi gösterdiğiniz için teşekkür ederiz.