

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemi

FRM.XX / Tarih

1. GERİ BİLDİRİM BİLGİLERİ

- Geri Bildirim Türü: (İşaretleyiniz)

- İtiraz
- Şikayet
- Öneri

- Geri Bildirim Konusu ve Tanımı:

- Açıklama: _____
 - Detaylı Açıklama: _____
-

2. GERİ BİLDİRİM SAHİBİ BİLGİLERİ

- Adı Soyadı / Firma Adı: _____
 - Adres: _____
 - Telefon: _____
 - E-mail: _____
-

3. GERİ BİLDİRİMİN ALINDIĞI TARİH VE İLGİLİ KİŞİ

- Tarih: _____
 - Geri Bildirimi Alan Kişi: _____
-

4. DEĞERLENDİRME

- Geri Bildirimin Değerlendirilmesi:

- Açıklama: _____
 - Değerlendirme Tarihi: _____
 - Değerlendiren İsim / İmza: _____
-

5. UYGUNSUZLUK FORMU VE DÖF İŞLEMLERİ

- Uygunluk Formu Açılmalı: [] Evet [] Hayır

- Form No: _____
 - Düzeltici ve Önleyici Faaliyet (DÖF) Formu Açılmalı: [] Evet [] Hayır
 - Form No: _____
-

6. SONUÇ VE GERİ BİLDİRİM

- Sonuç: _____
- Geri Bildirim Yapıldı mı?: [] Evet [] Hayır
 - Açıklama: _____