

MÜŞTERİ ŞİKÂyet BİLDİRİM FORMU**Bu Kısım Şikâyet Bulunan Müşteri Tarafından Doldurulacak****Şikâyet Eden**

Firma Adı : _____
Adres : _____
Kişi Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
Telefon No : _____
Fax No : _____
E-mail : _____

Şikâyet Nedeni (Deney veya Kalibrasyon Sonuçları İle İlgili ise bu kısmı doldurunuz)

Ölçüm Cihazı Adı : _____
Ölçüm Cihazı Seri No : _____
Deney Raporu/Kalibrasyon Sertifika No : _____
Şikâyetin Tanımı : _____

Daha Önce Böyle Bir Durum İle Karşılaştınız mı?

Hayır

☐

Evet

☐**Şikâyet Nedeni (Genel ise bu kısmı doldurunuz)**

Şikâyetin Tanımı : _____

Şikâyet Sebebiye İlgili Delil/ler : _____

Formu doldurduktan sonra **deneykalibrasyon@bodo.com.tr** mail adresine gönderiniz.

Bu Kısım Şikâyeti İnceleyen Laboratuvar Tarafından Doldurulacak

Şikâyeti Kabul Eden Sorumlu : _____
Şikâyeti İnceleyen : _____
İnceleme Tarihi : _____

Değerlendirme Sonucu

Olumlu İse Nedeni : _____

Olumsuz İse Nedeni : _____

HAZIRLAYAN - GÖZDEN GEÇİREN

Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
İmza : _____

ONAYLAYAN

Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
İmza : _____