



MÜŞTERİ ŞİKÂYET FORMU

1.Hizmet aldığınız birimin adı:

2.Hizmet aldığınız tarih:

3.Laboratuvarımıza geliş nedeniniz:

Analiz Danışmanlık Eğitim/Staj Diğer (Belirtiniz)

4.Şikâyetin konusu:

Hizmet Kalitesi Test/Analiz Raporları Personelin Davranış Biçimi Diğer (Belirtiniz)

5.Şikâyetle ilgili açıklamalar:

(Bu bölümde şikâyet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikâyetle ilgili detay bilgi verilecektir.)

6. Şikâyetle ilgili varsa önerileriniz:

7.Kimlik ve iletişim bilgileriniz:

Ad Soyad :

Firma/Şahıs Adı:

Telefon :

Tarih :

e-mail:

imza:

*Şikâyetiniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, telefonunuzu ve/veya e-mail adresinizi belirtmeniz gerekmektedir.

*Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikâyetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.

*SM SU ANALİZ LABORATUVARI, şikâyetiniz ve kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

ŞİKÂYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uygunsuzluğun muhtemel sebep/sebepleri:

Gerçekleştirilecek faaliyet:

Değerlendirme Sonucu:

ŞİKÂYETİ KAPATAN

Ad Soyad:

Tarih:

Unvan :

İmza: