

ŞİKAYET

İTİRAZ

ÖNERİ

BİLGİ TALEBİ

ADI / SOYADI :			
ÇALIŞTIĞI FIRMA :			
GÖREVİ:			
İLETİŞİM BİLGİLERİ :	Telefon:	Fax:	e-mail:
ALINIŞ ŞEKLİ:	Telefon <input type="checkbox"/>	Fax <input type="checkbox"/>	Mail <input type="checkbox"/>
KONU:	Kendisi <input type="checkbox"/>		

Aşağıdaki bölüm sorumlu INSPECCO Personeli tarafından doldurulacaktır.

FORM NO:

DEĞERLENDİRME SORUMLU BÖLÜM:

ATANAN PERSONEL / PERSONELLER:

YAPILAN FAALİYET:

DEĞERLENDİRME TARİHİ / ŞEKLİ: / TELEFON FAX YAZI MAIL

DÖF GEREKLİ İSE DÖF NO:

Değerlendiren(ler)	Bölüm Müdürü	Kalite Yöneticisi
Adı /Soyadı/İmza	Adı /Soyadı/İmza	Adı /Soyadı/İmza