



ÖNERİ / ŞİKÂyet FORMU

Doküman No: MRC.FR.083

İlk Yayın Tarihi: 06.03.2023

Revizyon No / Tarih: 00 / 00.00.0000

Sayfa 1 / 1

Öneri / Şikâyet Türü:

Öneri / Şikâyet Tarihi:

Öneri / Şikâyet No:

Öneri / Şikâyet Sahibinin

Adı-Soyadı / Tüzel Kişilik Adı:

Adresi:

Telefon Numarası:

E-Mail:

Öneri / Şikâyet Konusu:

Öneri / Şikâyet Alan MRC Yetkilisinin

Adı-Soyadı

Tarih

İmza

Yapılacak Faaliyet

Uygulanan Faaliyet

Sorumlu Kişi Adı-Soyadı/ İmza

DF Gerekli Mi?

Evet

Hayır

DF No:

Kapatma Tarihi

Kalite Yönetim Sor. Adı-Soyadı/ İmza

Geri Bildirim

Müşteriye Geri Bildirim Yapıldı mı?

Evet

Hayır

Açıklama