

Şikâyet Tarihi:

Şikâyet No:

1.Hizmet Aldığınız Birimin Adı:

2. Hizmet Aldığınız Tarih:

3. Laboratuvarımızda Alınan Hizmet :

- Analiz Eğitim/Staj
 Danışmanlık/Bilgi Edinme Diğer (Belirtiniz)

4. Geri Bildirim Konusu

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

5. Geri Bildirim ile İlgili Açıklamalar

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

6. Geri Bildirim ile İlgili Varsa Önerileriniz

7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Ad Soyadı :

Firma/Şahıs Adı :

Telefon / e-mail :

Tarih :

İmza :

DÖF gerek yok:

DÖF gerek var:

DÖF No:

Değerlendiren:

Genel Laboratuvar Sorumlusu:

Kalite Yöneticisi

Laboratuvar Yöneticisi:



GÖRÜŞ - ÖNERİ FORMU

Doküman No	İEL. FR.33
Yayın Tarihi	01.04.2021
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	2/2

*Görüş veya öneriniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, telefonunuzu veya e-mail adresinizi belirtmeniz gerekmektedir.
*Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikâyetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.
*İzmir Ege Laboratuvarı, öneri veya şikâyetiniz hakkında kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

GERİ BİLDİRİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep / Sebepleri

Gerçekleştirilecek Faaliyet

Değerlendirme Sonucu

Geri Bildirimi Yöneten

Adı-Soyadı
Unvanı
Tarih

İmza