

BAYLAN	DENEY LABORATUVARI MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU	SIRA NO:
TARİH		
MÜŞTERİ/FİRMA		
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ		
KONU :		
MÜŞTERİ İLE YAPILAN GÖRÜŞMELERİN SONUÇLARI:		TARİH:
SONUÇ:		
DÜZELTİCİ FAALİYET GEREKLİ Mİ? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR		
DÜZELTİCİ FAALİYET NO (LARI) :		
ŞİKAYETİ CEVAPLAYAN YETKİLİ :		
ADI SOYADI :	İMZA :	
GÖREVİ :		