

Bu Kısım Şikâyette Bulunan Müşteri Tarafından Doldurulacak**Şikâyet Eden**

Firma Adı : _____
Adres : _____
Kişi Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
Telefon No : _____
Fax No : _____
E-mail : _____

Şikâyet Nedeni (Deney veya Kalibrasyon Sonuçları İle İlgili ise bu kısmı doldurunuz)

Ölçüm Cihazı Adı : _____
Ölçüm Cihazı Seri No : _____
Kalibrasyon Sertifika No : _____
Şikâyetin Tanımı : _____

Daha Önce Böyle Bir Durum İle Karşılaştınız mı? Hayır Evet

Şikâyet Nedeni (Genel ise bu kısmı doldurunuz)

Şikâyetin Tanımı : _____

Şikâyet Sebebiye İlgili Delil/ler : _____

Daha Önce Böyle Bir Durum İle Karşılaştınız mı? Hayır Evet

Bu Kısım Şikâyeti İnceleyen Laboratuvar Tarafından Doldurulacak

Şikâyeti Kabul Eden Sorumlu : _____
Şikâyeti İnceleyen : _____
İnceleme Tarihi : _____
Değerlendirme Sonucu
Olumlu İse Nedeni : _____

Olumsuz İse Nedeni : _____

Formu doldurduktan sonra mail adresine gönderiniz.