

Kayıt No:

Kayıt Tarihi:

Müşteri:

Şikayet Yapanın Adı-Soyadı:

İletişim:

Şikayet Konusu: Kalite Doküman Personel Test Hizmeti Diğer

Şikayet Açıklaması:

Şikayet Kaynağı: Web İletişim Formu Şahsen E-Posta Telefon Posta Diğer

Şikayet Tarihi:

Şikayeti Alan:

Kalite Birimi Değerlendirmesi

| Kontrol Kriterleri | Uygun | Uygun Değil | Uygun değil ise açıklama |
|--|-------|-------------|--------------------------|
| Şikayette belirtilen gerekçeler | | | |
| Şikayette belirtilen konunun olma ihtimali var | | | |

| Alınacak Aksiyonlar | Planlanan tarih | Gerçekleşen Tarih | Sorumlu | Sonuç |
|---------------------|-----------------|-------------------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Şikayet Sonucu:

Şikayet Sahibine Bildirim Şekli:

Tarih:

Kalite Müdürü

Tarih:

İmza