

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 :			