

**ŞİKAYET – İTİRAZ FORMU**

DOKÜMAN NO

YAYIN TARİHİ

REV. NO/TARİHİ

SAYFA NO

16-F-01

21.11.2019

00/--

1/1

Gelen Geri Bildirim Türü

Şikayet İtiraz

Geri Bildirim Açıklaması ve Kayıt Altına Alan

Geri Bildirimin Geçerliliği

Geçerli Geçerli Değil

Açıklama

Onay

Laboratuvar Kalite Sorumlusu

Laboratuvar Teknik Yöneticisi

İsim / Tarih / İmza

İsim / Tarih / İmza

Varsa Uygunsuzluk Numarası:

HAZIRLAYAN(İSİM/İMZA)

ONAY(İSİM/İMZA)