

	AZP TRANSFORMATÖR DENEY LABORATUVARI	Form No: F-28 Yürürlük Tarihi:01.05.2018 Revizyon Tarihi:13.05.2024 Revizyon No:01 Sayfa No: 1/1
	MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU	
TARİH:		
MÜŞTERİ BİLGİLERİ		ŞİKAYETİ/ÖNERİYİ ALAN
FİRMA ADI :		ADI :
ADI :		SOYADI :
SOYADI :		BİRİM / BÖLÜM :
TELEFON NO :		
ŞİKAYETİ/ÖNERİYİ İLGİLENDİREN BİRİM/BÖLÜM-LER:		
ŞİKAYETİN/ÖNERİNİN SEBEBİ (AÇIKLAMA):		
BU BÖLÜM ŞİKAYETİ/ÖNERİYİ İLGİLENDİREN BİRİM / BÖLÜM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.		ŞİKAYET/ÖNERİ NO:
DEĞERLENDİRME:		
SONUÇ/KARAR VB.:		
BİRİM/ BÖLÜM SORUMLUSU		
ADI :		TARİH :
SOYADI :		İMZA :