



T.C. ULAŖTIRMA VE ALTYAPI BAKANLIđI
ALTYAPI YATIRIMLARI GENEL MÜDÜRLÜđÜ
Teknik AraŖtırma ve Kalite Yönetimi Dairesi Başkanlığı



MÜŖTERİ ŖİKÂYET/İTİRAZ FORMU

MüŖteri Ŗikâyet Tarihi:	Ŗikâyet No:
Ŗikâyetin Konusu (Varsa öneriniz):	
Ŗikâyet Sahibinin Adı Soyadı: İmza: Adres:	
Formun alt bölümü laboratuvar tarafından doldurulacaktır.	
<input type="checkbox"/> Ŗikâyet KABUL edilmiŖtir. <input type="checkbox"/> Ŗikâyet RED edilmiŖtir. Ŗikâyet için çözüm önerisi ve gerçekteŖtirilecek faaliyet:	
Faaliyeti gerçekteŖtiren sorumlular ve faaliyetin tamamlanma tarihi	
GerçekteŖtirilecek faaliyetin izlenmesi yöntemi ve izlenme periyotları	
Ŗikâyet eden tarafa yapılacak bildirim (ilerleme raporları veya sonuç raporları Ŗeklinde olabilir)	
Kalite Yöneticisi Tarih İmza	İlgili Sorumlular Tarih İmza