



**Toplam Kalite Yönetim
Merkezi Mdürlüğü**

Şikayet Sahibi Bilgilendirme Formu

Şikayetin Alındığının Bildirim Tarihi Ve Saati: / /		___ : ___
Şikayet Sahibi Adı - Soyadı:	Şikayet Sahibinin Tel No - E-mail:	
Şikayet Numarası:	Şikayetin Sınıfı:	
Yapılan Görüşmenin Detayı		
.....		
Şikayet Değerlendirme Süreci İle İlgili Bilgilendirme		
.....		
Tarih:		
(VARSA) Şikayetin Çözümü İle İlgili Şikayetçi Bilgilendirme Tarihi:		
Şikayetin Çözümü İle İlgili Yapılan Bilgilendirme Tarihi:		
Çözümü İle İlgili Şikayet Sahibinin Memnuniyeti: <input type="radio"/> Memnunum <input type="radio"/> Memnun Değilim		
(EĞER AÇILMIŞSA) Şikayetle Beraber Açılan DF'nin Durumu:		
.....		
DF Sayı Numarası:		
Bitirilmesi Planlanan Tarih:		
Sorumlu Kişi:		
Kapatılma Durumu: <input type="radio"/> Tam Ve Etkin <input type="radio"/> Tam Ve Etkin Değil		
Yorum(VARSA):	Gerekliyse Açıklama:	
Tarih:	Tarih:	
Şikayetçi İle Temasa Geçen Kişinin; Adı - Soyadı: İmzası:	Toplam Kalite Yönetim Merkezi Müdürünün; Adı - Soyadı: İmzası:	
Tarih:	Tarih:	