



AFYONKARAHİSAR İLİ ATIKSU ARITMA TESİSİ KURMA VE İŞLETME
BİRLİĞİ LABORATUVARI

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

ŞİKAYETİN ALINMASI

Şikayet No/Tarihi

:

Şikâyet Sahibinin

İmza

Adı-Soyadı

:

Firma Adı

:

İrtibat Adresi

:

Telefon :

Fax :

E-mail :

@

Şikâyet Konusu:

Şikâyeti Alan Laboratuvar Personelinin

İmza

Adı - Soyadı

:

Unvanı

:

Açıklama:

ŞİKAYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep/Sebepleri:

Gerçekleştirilecek Faaliyet:

Değerlendirme Sonucu:

Şikâyeti Kapanan Laboratuvar Personelinin

İmza

Adı-Soyadı

:

Unvanı

: