|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öneri** | **Şikayet** | **Tarih :** |
| **Şikayeti / Öneriyi Yapan Firma/Kurum-/Birim ve İlgili Kişi** |  | |
| **Öneri / Şikâyet Bildiriliş Şekli** | Telefon  Faks  Yazı  Posta  Bizzat | |
| **Öneri / Şikâyeti Alan PGM Personeli**  **Adı Soyadı İmza** |  | |
| **Öneri / Şikâyet Konusu** | | |
| **Değerlendirme ve Yapılacak İşlemler**  **Kalite Sorumlusu**  **Tarih / İmza** | | |
| **O N A Y** | | |
| **Yapılan İşlemler**  **Öneri / Şikâyet sonuçlandırılmıştır**  **sonuçlandırılmamıştır**  **Kalite Sorumlusu**    İMZA : TARİH: | | |