|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:  |