

تاریخ صدور: ۱۳۹۸/۱۰/۰۳

تجدید نظر: صفر

فرم ثبت شکایات مشتریان

AFO۱۵-۰۱/۰۰



تاریخ دریافت نظر / شکایت :

کد مرکز :

تلفن تماس :

آدرس :

☐ تلفنی

☐ کتبی

☐ حضوری

نحوه دریافت نظر / شکایت مطرح شده :

نظر / شکایت مطرح شده :

نام و امضای دریافت کننده :

تاریخ دریافت :

نتایج بررسی نظر / شکایت و اقدامات مورد نیاز :

نام و امضای مدیر کیفی آزمایشگاه :

نام و امضای بررسی کننده :

تاریخ :

تاریخ :

شرح اقدامات انجام گرفته در خصوص تامین نظر مشتری / پاسخ به شکایت مشتری :

نام و امضای مسئول کیفی آزمایشگاه :

نام و امضای اعلام کننده به مشتری :

نام و امضای اقدام کننده :

تاریخ :

تاریخ :

تاریخ :

آیا نیاز به اصلاح / اقدام اصلاحی وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

توضیحات :

شماره فرم اقدام اصلاحی :

نام و امضای مدیر کیفی :

تاریخ :