|  |
| --- |
| 1. Hizmet Aldığınız Birimin Adı: **2. Hizmet Aldığınız Tarih:**  **3. Laboratuvarımıza Geliş Nedeniniz:**  ⬜ Analiz ⬜ Eğitim/Staj  ⬜ Bilgi Edinme ⬜ Diğer ( Belirtiniz )…………………………  **4. Şikâyetin Konusu**  ⬜ Numune Kabul İşlemleri ⬜ Analiz Raporu  ⬜ Raporlama Süresi ⬜ Personel ⬜ Diğer (Belirtiniz )………………  **5. Şikâyetle İlgili Açıklamalar**  (Bu bölümde şikâyet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikâyetle ilgili detay bilgi verilecektir.)  **6. Şikâyet İle İlgili Varsa Önerileriniz**  **7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz**  **Ad Soyadı :**  **Firma/Şahıs Adı :**  **Telefon / e-mai :**  **Tarih :**  **İmza**  :  \*Şikâyetiniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, telefonunuzu veya e-mail adresinizi belirtmeniz gerekmektedir.  \*Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikâyetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.  \*AAEM Gıda Teknolojisi Bölümü Laboratuvarı şikâyetiniz ve kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.  \*Formun elektronik olarak gönderilebileceği Kurum mail hesabı: [orduaricilik@tarimorman.gov.tr](mailto:orduaricilik@tarimorman.gov.tr) |

|  |
| --- |
| Bu Bölüm Şikâyeti İnceleyen Tarafından Doldurulacaktır |
| **Şikâyetin/İtirazın Sebebi İçin Yapılan İnceleme/ Muhtemel Sebep / Sebepleri:**  **Gerçekleştirilecek Faaliyet/Faaliyetler:**  Adı Soyadı/Unvanı:…………………………......................  Tarih : ....../....../........ İmza : ..................................................... |
| Kalite Yönetim tarafından doldurulacaktır |
| **Şikayetin Değerlendirilmesi:**  Şikayet :  Haklı Haksız Raporun Düzeltilmesi Gerekli mi?  Evet  Hayır  Planlanan tedbir yeterli:  Evet  Hayır KYS’ye etkisi var mı ? :  Evet Hayır  Gerekli ise Düzeltici Faaliyet No:…………………………..  Kalite Yönetim Sorumlusu:………………………….....  Tarih :*……./ ……./…………* İmza :*………………….* |
| NKRD tarafından doldurulacaktır  **Müşteriye Verilen Bilgi :**  Müşteri beklentisi gerçekleşti mi? Evet Hayır  Bilgi Veren:……………………………………………………….    Tarih :…../……/……. İmza ………………………. |
| **Ş**ikayetin Kapatılması  Bölüm Başkanı :………………………………………………  Tarih : ......../......./................. İmza : .................................... |