



İtiraz ve Şikayet Formu

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
FR.19	08.09.2021	01	15.11.2023	1/1

İTİRAZ / ŞİKAYET SAHİBİ			
ADI SOYADI			ULAŞIM ARACI
GÖREVİ			<input type="checkbox"/> MAİL
TEL / E-MAİL			<input type="checkbox"/> TELEFON
FİRMA ADI			
ADRES			
TARİH			
İTİRAZ / ŞİKAYET KONUSU			
QRS QUALİTY TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR			
İNCELEME SÜRECİ			
PLANLANAN FAALİYET			
ADI SOYADI	İMZA	TARİH	DOSYA NO
DÜZELTİCİ FAALİYET TARİHİ (İhtiyaç halinde)	KOMİTEYE BİLDİRİM TARİHİ	PLANLANAN TARİH	GERÇEKLEŞEN TARİH
KOMİTE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR			
DEĞERLENDİRME SÜRECİ			
ADI SOYADI - İMZA	ADI SOYADI - İMZA	ADI SOYADI - İMZA	
İTİRAZ / ŞİKAYET SAHİBİ ONAYI			
ADI SOYADI		TARİH	
PLANLANAN FAALİYET YETERLİDİR			<input type="checkbox"/>
PLANLANAN FAALİYET YETERLİ DEĞİLDİR			<input type="checkbox"/>
NOT: Planlanan faaliyetin yeterli olmaması durumunda komite tekrar toplanacaktır.			