

STAR TEST BELGELENDİRME
ŞİKÂyet/İTİRAZ VE ÖNERİ FORMU

Doküman No	FRB.018
Sayfa	1 / 2
İlk Yayın Tarihi	26.03.2025
Revizyon Tarihi	22.04.2025
Revizyon No	01

Sıra No :
Star Test Belgelendirme Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından verilecektir.

Talep Türü : ☐ Şikayet ☐ İtiraz ☐ Öneri

Şikâyet/İtiraz & Öneri Bildirim Şekli : ☐ Form ☐ E-mail ☐ Anket ☐ Telefon/Sözlü ☐ Yüz yüze
İtirazlar sadece yazılı olarak kabul edilecektir.

Şikâyetin & İtirazın & Önerinin Konusu:
.....
.....
.....

Şikâyetin & İtirazın & Önerinin Sahibi:
(Firma Adı, Ünvanı, Şahıs Adı)
Adres :
Telefon : **E-mail** :

Star Test Belgelendirme tarafından doldurulacaktır.

Şikâyeti & İtirazı & Öneriyi Alan : **Tarih & İmza** :
Ad & Soyad

DEĞERLENDİRME

Şikâyet & İtiraz & Öneri
Belgelendirme Faaliyeti ile ilgili mi? : ☐ Evet ☐ Hayır
Hayır ise Gerekçesi :
Adı & Soyad : **İmza/Tarih** :
İlgiliye Geri Bildirim Yapan : **İmza/Tarih** :
Adı & Soyadı

Şikâyetin & İtirazın & Önerinin Değerlendirilmesi (varsa açıklama):
.....
.....
.....

Uyunsuzluk Formu Açılmalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır **Uyunsuzluk Form Numarası:**
DÖF Formu Açılmalı mı? ☐ Evet ☐ Hayır **DÖF Form Numarası:**
Değerlendiren Ad & Soyad: **Tarih / İmza:**

Açıklama:
.....
.....

STAR TEST BELGELENDİRME
ŞİKÂyet/İTİRAZ VE ÖNERİ FORMU

Doküman No	FRB.018
Sayfa	2 / 2
İlk Yayın Tarihi	26.03.2025
Revizyon Tarihi	22.04.2025
Revizyon No	01

FAALİYET PLANI

Faaliyet	Sorumlu	Termin	İmza

Sonuç:

.....

.....

.....

.....

GERİ BİLDİRİM

Şikâyet & İtiraz sahibine resmi (e-mail ile) geri bildirim yapıldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Resmi Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Açıklama:

.....

.....

.....

.....

.....