

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

Dok No/Tarihi: FR-20/16.02.2026-Rev No/Tarihi:00/-

Tarih:	Şikayet No:
Müşteri Adı:	
Adres	
Şikâyeti Alan:	
Şikâyetin Alınma Şekli : • Telefon • Firmaya Gelerek • Kendi Yerinde • e-mail	
Ürün Adı:	
Şikayet:	
Nedeni:	
Değerlendirme	
Adı/Soyadı	
Düzeltilici Faaliyet Gerekliyor mu? Evet ☐ Hayır ☐ Evet ise Faaliyet No :	
Gerekmiyorsa Nedeni :	
Ürünü çekmek gerekiyor mu? : Evet ☐ Hayır ☐	
Yapılacak Değişiklikler/Onay	