|  |
| --- |
| Firma Adı: |
| Firma Adresi: |
| Yetkili Kişi:  |
| Yetkili Kişinin Görevi: |
| İş Tel No:  | Mobil Tel No: | E-Posta: |
| Görüşen Kişi: |
| Ziyaret tarihi ve saati: |
| Müşteri Şikayeti  |
|
|    |
|
|
|
|
|
| Müşteriye Yapılan Geri Bildirim |
|
| Tarih ve Saat: |
|
|
|
|
|
| \*Bu Kısım ANALYZER personeli tarafından doldurulacaktır.□ Gerek Yok □ Sıra No: □ Düzeltici Faaliyet No: □ Önleyici Faaliyet No: |
|