|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: | | |
|