	MÜŞTERİ GÖRÜŞ VE ŞİKÂYET FORMU	Doküman Kodu	FR-34
		İlk Yayın Tarihi	19.11.2022
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	
		Sayfa No	1 / 1

MÜŞTERİ ADI:	**TARİH:**
	TELEFON/FAX NO:
ADRES:	**E-POSTA:**
GÖRÜŞ/ ŞİKÂYET VE ÖNERİLERİNİZ	

Bu bölüm Kalite Yönetim Birimi tarafından doldurulacaktır.		
DÖFİ		**GÖRÜŞ NO**
GEREKLİ	**GEREKSİZ**	