

| | | | |
|---|---|---------------------------|----------------|
| TÜRKİYE ŞEKER FABRİKALARI A.Ş. ŞEKER ENSTİTÜSÜ TS EN ISO/IEC 17025 |  Türkşeker | Doküman No | LAB-FR-11 |
| | | İlk Yayın Tarihi | 29.08.2007 |
| | | Revizyon No/Tarihi | 05 /26.01.2022 |
| | | Sayfa No | 1 / 1 |
| FORM ADI: MÜŞTERİ GÖRÜŞ ANKETİ VE ŞİKAYET BİLDİRİM FORMU | | | |

SAYIN MÜŞTERİLERİMİZ;

SİZLERE DAHA KALİTELİ HİZMET VEREBİLMEK İÇİN; AŞAĞIDAKİ ANKETİN KALİTE KONTROL ŞUBESİ LABORATUVARININ SUNDUĞU HİZMETLER GÖZÖNÜNE ALINARAK YANITLANIP 1 HAFTA İÇİNDE TARAFIMIZA İLETİLMESİNİ RİCA EDERİZ.

1. İhtiyaç duyduğunuzda laboratuvar yetkilileri ile zamanında ve kolaylıkla iletişim kurabiliyor musunuz?

HER ZAMAN ÇOĞUNLUKLA NADİREN HİÇBİR ZAMAN

2. Laboratuvardan kaynaklanan bir hata ile karşılaştınız mı? EVET HAYIR

Eğer bir hata ile karşılaştıysanız lütfen bu hatayı belirtiniz.

.....
.....

3. Aşağıdaki konularda laboratuvarımıza 1 – 4 arasında bir puan verir misiniz?

4=MÜKEMMEL 3=BAŞARILI 2=ORTA 1=BAŞARISIZ

| | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hizmet kalitesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Şikayet ve taleplerinize gösterilen yaklaşım | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Şikayet ve taleplerinize cevap verme hızı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laboratuvarımızdaki tarafsızlık ilkesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laboratuvara duyulan güven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genel olarak değerlendirirseniz laboratuvarımıza vereceğiniz puan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Genel şikayet ve önerileriniz :

.....
.....
.....
.....

| | |
|--------------------------------|--|
| MÜŞTERİ ADI | |
| ANKETİ DOLDURANIN ADI / SOYADI | |
| TARİH | |
| TEL/FAX NO | |
| ADRES | |
| İMZA | |

Not: Bu bölüm, Kalite Kontrol Şubesi Laboratuvarı Kısım Müdürü tarafından doldurulacaktır.

| | |
|--|--|
| Şikayet Numarası | |
| Şikayet Sahibine Geri Bildirim Yapıldı mı? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| Müşteri Şikayeti Geri Bildirim Formu | |