

Bu Kısım Şikâyetle Bulunan Müşteri Tarafından Doldurulacak**Şikâyet Eden**

Şirket Ünvanı : _____
Şirket Adresi : _____
Yetkili Kişi Adı Soyadı : _____
Yetkili Kişi Görevi : _____
Yetkili Kişi Telefon No (Dahili) : _____
Şirket Fax No : _____
Yetkili Kişi E-Mail : _____

Şikâyet Nedeni (Deney veya Kalibrasyon Sonuçları İle İlgili ise bu kısmı doldurunuz)

Ölçüm Cihazı Adı : _____
Ölçüm Cihazı Seri No : _____
Deney Raporu/Kalibrasyon Sertifika No : _____
Şikâyetin Tanımı : _____

Daha Önce Böyle Bir Durum İle Karşılaştınız mı?

Hayır

☐

Evet

☐**Şikâyet Nedeni (Genel ise bu kısmı doldurunuz)**

Şikâyetin Tanımı : _____

Şikâyet Sebebiye İlgili Delil/ler : _____

Formu doldurduktan sonra lab@bode-global.com.tr mail adresine gönderiniz.

Bu Kısım Şikâyeti İnceleyen Laboratuvar Tarafından Doldurulacak

Şikâyeti Kabul Eden Sorumlu : _____
Şikâyeti İnceleyen : _____
İnceleme Tarihi : _____

Değerlendirme Sonucu

Olumlu İse Nedeni : _____

Olumsuz İse Nedeni : _____

HAZIRLAYAN - GÖZDEN GEÇİREN

Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
İmza : _____

ONAYLAYAN

Adı Soyadı : _____
Görevi : _____
İmza : _____

This section will be filled out by the customer making the complaint.**Complainant**

Company Name : _____
Company Address : _____
Authorized Person's Name and Surname : _____
Authorized Person's Title / Position : _____
Phone Number - Extension : _____
Fax Number : _____
E-Mail : _____

Reason for Complaint (Fill in this section if it is related to Test or Calibration Results)

Measuring Device Name : _____
Measuring Device Serial Number : _____
Test Report/Calibration Certificate Number : _____
Complaint Description : _____

Have You Encountered Such a Situation Before?

No

☐

Yes

☐**Reason for Complaint (If general, please fill in this section)**

Definition of Complaint : _____

Evidence/s Relevant to the Reason for Complaint : _____

After filling out the form, please send it to lab@bode-global.com.tr**This section will be filled out by the laboratory investigating the complaint.**

Responsible Received the Complaint : _____
Responsible Reviewed the Complaint : _____
Review Date : _____

Evaluation Result

Reason if accepted : _____

Reason if rejected : _____

PREPARED BY - REVIEWED BY

Name - Surname : _____
Title : _____
Signature : _____

APPROVED BY

Name - Surname : _____
Title : _____
Signature : _____

Dieser Abschnitt wird vom Kunden ausgefüllt, der die Beschwerde einreicht.

Anspruchsteller

Firmenname : _____
 Firmenadresse : _____
 Vor-, & Nachname der zuständige Person : _____
 Titel / Stelle der der zuständige Person : _____
 Telefonnummer (Durchwahl) : _____
 Fax Nummer : _____
 E-Mail : _____

Grund der Beschwerde (Füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn es sich um Test- oder Kalibrierungsergebnisse handelt)

Messgerätename : _____
 Seriennummer des Messgeräts : _____
 Prüfbericht/Kalibrierzertifikatnummer : _____
 Beschreibung der Reklamation : _____

Sind Sie schon einmal in eine solche Situation geraten? Nein ☐ Ja ☐

Grund der Beschwerde (Wenn allgemein, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus)

Definition der Beschwerde : _____

 Nachweis/e des Beschwerdegrundes : _____

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, senden Sie es bitte an lab@bode-global.com.tr

Dieser Abschnitt wird von dem Labor ausgefüllt, das die Beschwerde untersucht.

Beschwerde erhalten von : _____
 Beschwerde geprüft von : _____
 Datum der Prüfung : _____

Bewertungsergebnis

Grund bei Annahme : _____

 Grund bei Ablehnung : _____

ERSTELLT VON - ÜBERPRÜFT VON

Name - Nachname : _____
 Titel / Stelle : _____
 Unterschrift : _____

ONAYLAYAN

Name - Nachname : _____
 Titel / Stelle : _____
 Unterschrift : _____