

	UYGUN OLMAYAN HİZMET BİLDİRİM FORMU			
Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa Sayısı
İO.FR.003	19/08/2020	00	... / ... / 20...	1 / 1

Tespit Edilen Birim / Tarih:	Sıra No:
Uygunsuzluğun Tanımı:	
Çözüm Önerisi:	
Uygunsuzluğu Tespit Eden Adı – Soyadı Tarih - İmza	

Kalite Yönetim Birimi Tarafından Doldurulacaktır.

☐	Önleyici Faaliyet	DÖF NO:
☐	Düzeltilici Faaliyet	DÖF NO:
☐	Uygun Görülmedi	

Sonuç:
