

تاریخ :

به نام خدا

شماره :

فرم ارزیابی و بررسی شکایات
 مشخصات متقاضی

نام خانوادگی :	نام :
تلفن همراه :	تلفن :
تلفن همراه :	تلفن :
تحصیلات :	فکس :

مشخصات فارم

سابقه تولید:	تعداد قطعه یا حجم تولید :	زمینه فعالیت:	نام فارم یا کارخانه :
			آدرس :
			تلفن :
			فکس :

مشخصات محصول

نوع محصول مورد بررسی : دارو مکمل کنسانتره ضد عفونی

نام محصول :	
تاریخ تولید :	تاریخ انقضاء :
شماره بتج :	مقدار :
تاریخ دریافت محصول :	مدت استفاده در فارم :
تاریخ درخواست شکایت و بررسی کیفیت :	تاریخ ارسال فرم شکایت به شرکت :
وضعیت بسته بندی :	
تغییرات فیزیکی :	تغییرات اثر بخشی :
شرح شکایت :	

تاریخ و امضاء

تاريخ :

ارزيابي و نظر مسئول فني شركت :

پيوست : دارد ندارد

ارجاع به مسئول فني کنسانتره

ارجاع به مشاور تغذيه

ارجاع به آزمايشگاه

ارجاع به مدير توليد

ارجاع به سرپرست بازريابي

امضاء

تاريخ :

ارزيابي و نظر مسئول فني ڪنسانتره :

پيوست : دارد ندارد

امضاء

تاریخ :

ارزیابی و نظر مشاور تغذیه :

پیوست : دارد ندارد

امضاء

تاریخ :

ارزیابی و نظر مدیر آزمایشگاه :

--

پیوست : دارد ندارد

امضاء

تارىخ :

ارزىابى و نظر مدير توليد :

--

پيوست : دارد ندارد

امضاء

تاريخ :

جمع بندي نهايي توسط سرپرست بازاریابی :

ارجاع به معاونت فني و توسعه

امضاء

تاريخ:

توضيحات و نظر معاونت توسعه و فني

ارجاع به مديريت عامل

ارجاع به مديريت كارخانه

امضاء

تاریخ :

نظر مدیریت کارخانه

امضاء

تاریخ :

نظرمدیریت عامل :

امضاء