

	MÜŞTERİ DENEY İZLEME TALEP FORMU	Doküman No : F.FZK.10
		Yayın Tarihi : 03.02.2020
		Rev. No : 00
		Rev. Tarihi : 00.00.0000

Lütfen, bu formu doldurup Kipaş Fiziksel Test Laboratuvarı ile iletişime geçiniz:

Tel : 0344 236 3800-1554
E-Posta: ubozkus@kipas.com.tr

Firma Adı ve Adresi:		
Telefon		
Faks		
E-Posta		
<p>Aşağıda belirtilen deneylerin yapılmasını Kipaş Fiziksel Test laboratuvarlarında izlemek istiyorum. İzleme sırasında laboratuvarın genel kurallarına ve güvenlik düzenlemelerine uyacağımı taahhüt ediyorum.</p> <p>Gereğini arz/rica ederim.</p>		
Ad Soyadı		
Tarih		
İmza		
İzlenecek Testler		
Laboratuvar Sorumlusu	Görüş	Arz Olunur
	<input type="checkbox"/> Uygundur <input type="checkbox"/> Uygun değil	Adı Soyadı, Ünvanı, İmza
Kalite Yöneticisi	Karar	Onaylayan
	<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red	Adı Soyadı, Ünvanı, İmza

Yukarıdaki talebime istinaden tarih(ler)inde Kipaş Fiziksel Test laboratuvarlarında gerçekleştirilen söz konusu test(ler)i izlemiş bulunmaktayım.

Ad Soyad / İmza