



بررسی درخواست رسیدگی مجدد

شرکت صدر آزماي نور

نام کارفرما:		شماره پرونده:
استیناف در مورد تصمیمات اتخاذ شده حاصل از نتیجه بازرسی:		
<input type="checkbox"/> عدم صدور گواهینامه و گزارش بازرسی	<input type="checkbox"/> خطا و سهل انگاری بازرس	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> عدم صحت کارکرد تجهیزات بازرسی	<input type="checkbox"/> عدم توان قضاوت حرفه ای بازرس/ تیم بازرسی	<input type="checkbox"/>
شرح درخواست: <input type="checkbox"/> پیوست: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
نماینده کارفرما:		تاریخ ارسال فرم:
امضاء:		
آیا درخواست رسیدگی مجدد در رابطه با مرتبط با فعالیتهای بازرسی شرکت می باشد؟ نواقص احتمالی در اطلاعات ارسال شده:		
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
تاریخ دریافت فرم:	مدیر تضمین کیفیت:	
شماره ثبت:	تاریخ و امضاء:	
شماره مشتری:		
بررسی درخواست رسیدگی مجدد:		
آیا نیاز به اعزام نفر ذی صلاح جهت بررسی مجدد درخواست مطرح شده می باشد؟ نام نفر ذی صلاح:		
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
مدیر بازرسی:		تاریخ و امضاء:



بررسی درخواست رسیدگی مجدد

شرکت صدر آزمای
نور

نظر نفر ذی صلاح:	
امضاء نفر ذی صلاح	
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا نیاز به انجام اقدام اصلاحی می باشد؟ شرح اقدام اصلاحی مورد نیاز:
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا اقدام اصلاحی مورد تایید مدیر بازرسی می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا دریافت درخواست رسیدگی مجدد به اطلاع درخواست کننده رسیده است؟ آیا نتیجه بررسی درخواست رسیدگی مجدد در اختیار درخواست کننده قرار گرفته است؟ آیا موافقت و جلب رضایت درخواست کننده حاصل شده است؟ آیا اقدام اصلاحی اثر بخش بوده است؟
تاریخ و امضاء	نظر مدیر بازرسی در مورد اقدامات:

مدیر تضمین کیفیت

مدیر بازرسی