



ŞIRNAK DT.NURULLAH KADIRHAN
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

Doküman Kodu KU.FR.02

Yayın Tarihi 7/12/2018

Revizyon Tarihi

Revizyon No

Sayfa No

1/1

DÜZELTİCİ/ÖNLEYİCİ FAALİYET FORMU

FAALİYET TÜRÜNÜ SEÇİNİZ

DÜZELTİCİ FAALİYET

ÖNLEYİCİ FAALİYET

UYGUNSUZLUĞUN TANIMI(lütfen detaylı olarak yazınız)

Düzenleme Tarihi :

Düzenleyen Kişi :

İlgili Bölüm :

BÖLÜM SORUMLUSUNUN DEĞERLENDİRMESİ

Yukarıda tanımlanan uygunsuzluk için düzeltici - önleyici faaliyet başlatılması tarafımdan da uygun görülmüş ve formun Kurum Kalite Temsilcisine havel edilmesine onay verilmiştir.

Yukarıda tanımlanan uygunsuzluk için düzeltici-önleyici faaliyete gerek görülmemiştir.

BİRİM SORUMLUSU

ONAY

Ad Soyad :

İmza:.....

Tarih:.....

Faaliyetin Giderilmesi İçin Düşünülen Tahmini Süre:

KURUM KALİTE TEMSİLCİSİNİN ÖN DEĞERLENDİRMESİ

Düzeltilici/Önleyici Faaliyet Talebi Uygundur İmza :

Düzeltilici/Önleyici Faaliyet Talebi
.....neden(lerden) dolayı Uygun Görülmemiştir. İmza :

* DÜZELTİCİ/ÖNLEYİCİ FAALİYET PLANI

AŞAMA NO	FAALİYET ADI	SORUMLUSU	KONTROL EDEN	TARİH ARALIĞI	EK SÜRE
1					
2					
3					
4					
5					

DÜZELTİCİ / ÖNLEYİCİ FAALİYET SONUÇ DEĞERLENDİRMESİ

Uygunsuzluk Eksiksiz Olarak Giderilmiştir

Uygunsuzluk Devam Etmektedir

Bölüm Sorumlusu / İmza :

Bölüm Sorumlusu / İmza :

Döf Kapatma Tarihi/...../.....

Ek Süre Tarihi/...../.....

Yönetim Temsilcisi / İmza :

Kalite Yönetim Temsilcisi / İmza :

Açıklama:

*Aşama 6 olması durumunda formun arka yüzüne kayıt tutunuz.