

نماینده کارفرما	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"/> عدم صحت کارکرد تجهیزات بازرسی <input type="checkbox"/> عدم توان قضاوت حرفه ای بازرس/ تیم بازرسی
مدیر تضمین کیفیت	شرح درخواست: <input type="checkbox"/> پیوست: دارد <input type="checkbox"/> ندارد
	نماینده کارفرما: تاریخ ارسال فرم: امضاء:
مدیر بازرسی	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: شماره ثبت: شماره مشتری:
	مدیر تضمین کیفیت: تاریخ و امضاء:
مدیر بازرسی	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:

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:	مدیر تعمیرات
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	آیا اقدام اصلاحی مورد تایید مدیر فنی 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؟	
نظر مدیر فنی در مورد اقدامات:		
تاریخ و امضاء		