

ŞİKÂYET VE İTİRAZ PROSEDÜRÜ**1. AMAÇ VE KAPSAM**

1.1. Prosedürün amacı laboratuvarın vermiş olduğu hizmete ilişkin olarak gerçek veya tüzel kişiler tarafından gelen şikâyet ve itirazların ele alınması ve çözüme ulaştırılması konularında uygulanacak yöntemi belirlemek.

Bu prosedür, Kalite Yönetim Sistemi kapsamındaki tüm şikâyet ve itirazları kapsar.

2. TANIMLAMALAR VE KISALTMALAR

Şikâyet: Gerçek veya tüzel kişiler tarafından iletilen personel veya işleyişten kaynaklı memnuniyetsizlik durumudur.

İtiraz: İlgili tarafların ölçüm sonuçlarına veya ölçüm raporunun tamamına yapmış olduğu geri dönüşür.

3. SORUMLULUK VE YETKİ

3.1. Genel Müdür

3.2 Kalite Yöneticisi

3.3. Laboratuvar Sorumlusu

4. UYGULAMA

4.1. PR.07 Şikâyet ve İtiraz Prosedürü, www.limitteknik.com internet adresinde yayınlanarak ilgili tarafların erişimine açılır. Laboratuvardan hizmet alan her türlü kesim şikâyette bulunma hakkına sahip olup; laboratuvar çalışanlarını da kapsayan yapılabilecek şikâyetler, hatamızı görmemize ve Kalite Yönetim Sistemimizi geliştirmemize yardımcı olacaktır. Bu nedenle kuruluş, gerçek veya tüzel kişilerden gelen şikâyetleri, birer iyileşme fırsatı olarak görülmektedir. Yapılan şikâyetlerin yapıcı bir şekilde zaman kaybetmeden çözülmesi temel prensiptir.

4.2. Şikâyetlerin yazılı olarak posta/faks veya e-posta yoluyla gönderilmesi esastır. Sözlü yapılan şikâyetler de mutlaka şikâyet sahibi tarafından yazılı hale getirilmelidir, bu amaçla Şikâyet ve İtiraz Formu (FR.010) kullanılabilir. Söz konusu form Şikâyet ve İtiraz Prosedürü (PR.07) ile birlikte laboratuvar web sitesi ([www.limitteknik.com/Talep Formları](http://www.limitteknik.com/Talep-Formlari)) üzerinden ulaşılabilir durumdadır.

4.3. Ulaşan tüm şikâyet, itiraz ve başvurular gizli olup, hiçbir durumda üçüncü tarafa bilgi verilmez.

4.4. Gelebilecek şikâyet türleri aşağıdaki durumları kapsar, ancak bunlarla sınırlı değildir.

- Deney sonuçlarına yapılan itirazlar ve şikâyetler;
- Hizmetin gecikmeli olarak yerine getirilmesi konusundaki itirazlar ve şikâyetler;
- Rapordaki bilgilerin (gerçek veya tüzel kişilerin ismi, adres değişikliği vb.) yanlış olduğuna dair itirazlar ve şikâyetler;
- Sözleşme sonrası sapmalar nedeni ile yapılan itirazlar ve şikâyetler;
- Deney ve hizmet kalitesine yönelik yapılan itirazlar ve şikâyetler (personel eğitimi ve kalitesi, cihazların güvenilirliği ve izlenebilirliği, yönetimin güvenilirliği vb.)

4.5. Yapılan itiraz ve şikâyetler "Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)" vasıtasıyla laboratuvara iletilir. Laboratuvara ulaşan form, Kalite Yöneticisine veya Laboratuvar Sorumlusuna iletilir. Laboratuvara sözlü veya şikâyet dilekçesi

Hazırlayan Kalite Yöneticisi	Kontrol eden ve Onaylayan Laboratuvar Sorumlusu

ŞİKÂYET VE İTİRAZ PROSEDÜRÜ

şeklinde gelen şikâyetler; şikâyetin ulaştığı personel tarafından “Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)” doldurularak Kalite Yöneticisine veya Laboratuvar Sorumlusuna iletilir.

4.6. İlgili taraf kendisinden kaynaklı bir sebepten dolayı düzeltme isteyebilir (isim, adres, proje bilgisi vs). Bu tür durumlar şikâyet olarak değerlendirilmeyip, değişiklik talebi olarak değerlendirilir ve Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi Talimatı (GT.05) göre işlem yapılır.

4.7. Şikâyetlerin Ele Alınması

4.7.1. Bir şikâyetin alınması üzerine laboratuvar; şikâyetin, sorumluluğundaki laboratuvar faaliyetleriyle ilgili olup olmadığını Laboratuvar Sorumlusu ile Kalite Yöneticisi tarafından incelenir ve şikâyetin laboratuvar faaliyetleri ile ilgili olup olmadığı Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)’nda belirtilir. İlgili taraftan gelen yazılı ve/veya sözlü şikâyet, şikâyeti alan personel tarafından gözden geçirilir. Şikâyet tam anlaşılammışsa, Kalite Yöneticisi tarafından ilgili kişi/kurum aranarak şikâyet teyit edilir.

4.7.2. Laboratuvar şikâyetleri ele alma prosesinin tamamında alınan kararlardan sorumludur.

4.7.3. Şikâyetin verilen hizmetteki uygunsuzluk nedeniyle geldiği kanaatine varılmışsa; şikâyeti alan personel tarafından aynı gün Uygun Olmayan Deney İşlemi Kayıt Formu (FR.011) doldurulur ve Kalite Yöneticisine iletilir. Şikâyetin giderilmesine yönelik faaliyetler belirlendikten sonra bir gün içerisinde, gerçek veya tüzel kişiler konu hakkında faaliyet sorumlusu tarafından sözlü ve/veya yazılı olarak bilgilendirilir Kalite Yöneticisi kök/sebebe analizi yapılarak yapılacak faaliyetleri belirler ve Düzeltici Faaliyet Prosedürüne (PR.09) göre düzeltici faaliyet başlatılır. Yapılması planlanan faaliyetler hakkında şikâyet sahibine bilgilendirme yapılır.

4.7.4 Şikâyet sunulmuş analiz/ölçüm raporu ile ilgili ise; söz konusu rapor incelenir, sekreteryaya hatası olup olmadığı kontrol edilir. Hata var ise, eski rapor ilgili taraftan geri istenir ve Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi Talimatı (GT.05)’na göre revize rapor gerekli açıklama yapılarak gerçek veya tüzel kişilere sunulur. Uygun Olmayan Deney İşlemi Kayıt Formu (FR.011) doldurulur ve Kalite Yöneticisine iletilir. Sekreteryaya hatası yok ise şikâyet sahibine en geç iki gün içinde e-posta ve/veya telefon ile bilgilendirilerek, eski raporun en geç iki hafta içinde geri çekilmesi sağlanır. Her iki durumda da kök/sebebe analizi yapılarak Düzeltici Faaliyet Prosedürüne (PR.09) göre düzeltici faaliyet başlatılır. Şikâyet sahibi kamu kurum/kuruluşu ise dilekçe ile bilgilendirme yapılır. Raporun iki hafta içerisinde geri çekilememesi durumunda bir ay daha beklenir ve rapor geri çekilir. Şikâyet sahibinin raporu geri göndermek istememesi durumunda ise konu ile ilgili yazılı gerekçe alınır. Şikâyet sahibine sunulan raporlarda rapora itiraz tarihi 25 gün olarak belirtilir. Tüm hizmet kapsamında ilgili taraf ile olan anlaşmazlıklarda, yapılan sözleşme yükümlülükleri geçerlidir.

4.7.5. Kabul edilen şikâyet için her türlü uygun adımın atılmasını güvence altına almak için, laboratuvarında ilgili personelin katılımı ile beyin fırtınası yapılacak bir toplantı gerçekleştirilir. Bu toplantıda ele alınan şikâyet ile ilgili aşağıdaki kararlar alınarak, Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)’na kaydedilir.

- Şikâyet için çözüm önerisi ve gerçekleştirilecek faaliyet
- Faaliyeti gerçekleştirecek sorumlular ve faaliyetin tamamlanma tarihi
- Gerçekleştirilecek faaliyetin izlenmesi yöntemi ve izlenme periyotları
- Şikâyet eden tarafa yapılacak bildirim (ilerleme raporları veya sonuç raporları şeklinde olabilir)

Gerekmesi durumunda söz konusu toplantı için Toplantı Tutanağı Formu (FR.046) düzenlenerek, Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)’na iliştilir.

Hazırlayan Kalite Yöneticisi	Kontrol eden ve Onaylayan Laboratuvar Sorumlusu

ŞİKÂYET VE İTİRAZ PROSEDÜRÜ

4.7.6. Laboratuvar, ele alınan şikâyetin geçerli kılınması için gereken tüm bilgilerin bir araya getirir ve doğrular.

4.7.7. Laboratuvar mümkün olan durumlarda, şikâyeti kabul ettiğini şikâyet eden tarafa bildirir ve yapılacak toplantıda alınacak kararlara göre şikâyet ile ilgili ilerleme raporlarını ve sonucu şikâyetçiye sunar. Şikâyetçiye bildirilecek sonuçlar, şikâyete konu laboratuvar faaliyetlerinde yer almayan kişi/kişiler tarafından hazırlanır, gözden geçirilir ve onaylanır. Gerekmesi durumunda bu faaliyetler dışarıdan kişiler tarafından gerçekleştirilebilir.

4.7.8. Alınan şikâyetler ile ilgili tüm bilgiler, dokümanlar ve sonuçları YGG toplantılarında gözden geçirilir, gerçek veya tüzel kişilere verilen hizmetlerin iyileştirilmesi için analiz edilir ve bu doğrultuda hedeflerin belirlenmesinde kullanılır. Şikâyetlerle ilgili bütün kayıtlar (dokümanlar, cevaplar) Kalite Yöneticisi tarafından Kayıtların Kontrolü Prosedürü (PR.11)'ne göre muhafaza edilir.

4.8. Diğer Hususlar

4.8.1. Şikâyetçi taraf analiz sonuçlarından şüphe duyduğunda "Taleplerin Tekliflerin ve Sözleşmeleri Gözden Geçirilmesi Prosedürü (PR.03), madde 4.13'e göre işlem yapılır, şahit numunesi varsa analiz tekrar edilerek sonuç ilgili tarafa yazılı olarak bildirilir.

5. KAYITLAR

5.1 Şikâyet/İtiraz Formu (FR.010)

5.2 Toplantı Tutanağı Formu (FR.046)

5.3. Uygun Olmayan Deney İşlemi Kayıt Formu (FR.011)

6. REFERANSLAR

6.1 Düzeltici Faaliyetler Prosedürü (PR.09)

6.2 Kayıtların Kontrolü Prosedürü (PR.11)

6.3 Taleplerin Tekliflerin ve Sözleşmeleri Gözden Geçirilmesi Prosedürü (PR.03)

6.4 Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi Talimatı (GT.05)

7. REVİZYON TARİHÇESİ

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon Mahiyeti
00	02.05. 2011	İlk Yayın
01	02.04.2012	Kalite Yöneticisi isim değişikliği yapıldı.
02	09.05.2014	Prosedürün formatında ve pek çok bölümünde genel itibari ile bir düzenleme yapıldı.
03	01.04.2016	4.6.2 maddesine "Müşteri şikâyet ve itirazları geldiği zaman ön değerlendirmeye alınır" ve "Üst yönetim konu hakkında bilgilendirilerek şikâyet hakkında gerekli değerlendirmelerin yapılması sağlanır" ibareleri eklendi.
Hazırlayan Kalite Yöneticisi		Kontrol eden ve Onaylayan Laboratuvar Sorumlusu

ŞİKÂyet VE İTİRAZ PROSEDÜRÜ

04	07.01.2019	TS EN ISO/IEC 17025:207 standardının 7.8 Sonuçların raporlamasında ortaya çıkan değişiklikler prosedürün tamamını etkilediğinden ve talimatta büyük bir oranda revizyon yapılmıştır. Metinde anlam kargaşası oluşturduğundan sadece eklenen metinler işaretlenmiştir (çıkarılan metinler doğrudan silinmiştir). Çıkarılan metinleri izleyebilmek için prosedürün bir önceki revizyonu ile karşılaştırılması gereklidir
05	20.11.2020	Prosedüre 4.2 Erişilebilirlik maddesi eklenmiştir. 4.8.2. Maddesine "Müşteri analiz sonuçlarından şüphe duyduğunda" hangi prosedüre göre işlem yapacağı eklenmiştir.
06	20.11.2021	- Sorumluluk ve Yetki başlığından "Genel Müdür" çıkartıldı.
07	13.01.2023	- 4.2 maddesine "İş Akış Şeması" eklendi.
08	28.04.2023	- Prosedür adından "Müşteri" ibaresi kaldırıldı ve içerik olarak standarta uygun hale getirildi.

Hazırlayan Kalite Yöneticisi	Kontrol eden ve Onaylayan Laboratuvar Sorumlusu