….………..…………………………………

(miejscowość, data)

1. **Zgłoszenie (Wypełnia zgłaszający):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko/ Nazwa:** |  |
| **Miejsce zamieszkania:** | **Województwo:** | **Powiat:** | **Gmina:** |
|  |  |  |
| **Adres:** |  |
| **Nr telefonu, faksu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Przedmiot skargi/ odwołania (opis sprawy):** |  |
| **Data i podpis:** | Data | Podpis |

1. **Przyjęcie zgłoszenia (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie):**

|  |
| --- |
| **Nazwisko i imię osoby przyjmującej zgłoszenie** |
|  |
| Data | Podpis |

1. **Rejestracja (wypełnia Specjalista ds. dokumentacji QA Solutions Sp. z o.o.):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr kolejny sprawy** | **Imię i nazwisko osoby rejestrującej zgłoszenie** |
|  |  |
| **Data i podpis:** | Data | Podpis |

1. **Tryb rozpatrzenia zgłoszenia (wypełnia Prezes Zarządu QA Solutions Sp. z o.o.):**

|  |
| --- |
| **Tryb rozpatrywania zgłoszenia, wyznaczenie osoby/jednostki odpowiedzialnej za rozpatrzenie zgłoszenia.**  |
|  |
| Data | Podpis |

1. **Postępowanie wyjaśniające (wypełnia osoba/jednostka odpowiedzialna za rozpatrzenie sprawy):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko/ Nazwa jednostki rozpatrującej:** |  |
| **Planowany termin rozpatrzenia (data):** |  |
| **Działania wyjaśniające** (zaznaczyć TAK lub NIE) |
| **Weryfikacja dokumentów:** | **TAK** | **NIE** |
| **Dodatkowa inspekcja:** | **TAK** | **NIE** |
| **Pobranie próbek:** | **TAK** | **NIE** |

1. **Decyzja w sprawie dalszego postępowania (wypełnia osoba/jednostka odpowiedzialna za rozpatrzenie sprawy):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opis sytuacji objętej odwołaniem/skargą:** |  |
| **Uznanie odwołania/skargi:** | **TAK** | **NIE** |
| **Działania naprawcze:** | **TAK** | **NIE** |
| **Załączniki:** | **1.****2.****3.** |
| **Opis proponowanego sposobu załatwienia odwołania/skargi** |  |
| Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie świadczyłem konsultacji ani nie byłem zatrudniony przez klienta, którego dotyczy odwołanie/skarga. |
| **Data i podpis:** | Data | Podpis |

1. **Zatwierdzenie decyzji (wypełnia Prezes Zarządu QA Solutions Sp. z o.o.):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zatwierdzenie decyzji:** | **ZATWIERDZAM / NIE ZATWIERDZAM\*** |
| Data | Podpis |

\* niepotrzebne skreślić