



نظام جامع تضمین کیفیت روش اجرایی کنترل خدمت نامنطبق

شماره مدرک: P-UM00-0200F1

تاریخ تدوین: ۱۳۸۷/۰۴/۰۱

تاریخ تجدید نظر: ۱۳۸۹/۱۰/۲۰

عنوان: فرم گزارش خدمت نامنطبق

شماره تجدید نظر: ۰۲

شماره صفحه: ۴ از ۴

نام واحد صادرکننده عدم انطباق:

نام واحد دریافت کننده عدم انطباق:

واحد صادر کننده عدم انطباق

موضوع خدمت / نامه: _____ شماره نامه: _____

عنوان دستورالعمل: _____ شماره گام: _____ تاریخ پایش: _____

شرح عدم انطباق: _____

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده:
تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول بلافاصله:
تاریخ و امضاء

واحد تضمین کیفیت

شماره عدم انطباق:

نام و نام خانوادگی مسئول و امد تضمین کیفیت:
تاریخ و امضاء

کمیته تخصصی واحد دریافت کننده عدم انطباق

علت بروز نقص: _____

نتیجه ارزیابی و تجزیه و تحلیل: _____

نوع تعیین تکلیف:

توقف فرایند تا رفع کامل نقص
 اجازه ارفاقی

اصلاح فوری نقص و تداوم فرایند
 عدم تایید گزارش خدمت نامنطبق
 تکرار مجدد فعالیت

اقدام اصلاحی پیشنهادی: _____

اقدام پیشگیرانه پیشنهادی: _____

نام و نام خانوادگی مسئول فرایند:
تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی رئیس کمیته تخصصی:
تاریخ و امضاء

این خدمت پس از اعمال اصلاحات، بررسی گردید و مورد تصویب می باشد نمی باشد

نام و نام خانوادگی رئیس کمیته تخصصی:
تاریخ و امضاء