

Korrekturmaßnahme

Nr. Korrekturmaßnahme: _____

Abteilung: _____

Verantwortlicher: _____

Audit-Leiter: _____

Festgestellte Abweichung:

Datum: _____ Unterschrift, Qualitätssicherung:

Vorgesehene Korrekturmaßnahmen:

Geplantes Einführungs-/Erledigungsdatum: _____

Datum: _____ Unterschrift, Verantwortlicher:

Korrekturmaßnahmen wurden durchgeführt:

Datum: _____ Unterschrift, Verantwortlicher:

Wirksamkeit der durchgeführten Korrekturmaßnahmen überprüft:

Datum: _____ Unterschrift, Qualitätssicherung: