|  |
| --- |
| **MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TARİH: |   | NO:  |
| MÜŞTERİ BİLGİLERİ | ŞİKAYETİ ALAN |
|  FİRMA ADI : ADI : SOYADI : TELEFON NO : |  ADI : SOYADI : BİRİM / BÖLÜM : |
|  ŞİKAYETİ İLGİLENDİREN BİRİM/BÖLÜM-LER : |
|  ŞİKAYETİN SEBEBİ ( AÇIKLAMA ) : |
| **BU BÖLÜM ŞİKAYETİ İLGİLENDİREN BİRİM / BÖLÜM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** |  **ŞİKAYET NO.** |
|  |  |
|  DEĞERLENDİRME : |
|  SONUÇ / KARAR VB. : |
|  BİRİM/ BÖLÜM SORUMLUSU ADI : TARİH : SOYADI : İMZA : |
|  |  |  |  |  |