

## MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

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