

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

TARİH:		NO:	
MÜŞTERİ BİLGİLERİ		ŞİKAYETİ ALAN	
FİRMA ADI :		ADI :	
ADI :		SOYADI :	
SOYADI :		BİRİM / BÖLÜM :	
TELEFON NO :			
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 :	