

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

Tarih :/...../.....

Şikayet No. :

Müşteri Firma Adı :

Yetkilinin Adı :

Adres :

Şikayetin Ulaşma Şekli: Telefon ☐ Faks ☐ E-Mail ☐ Web Sitesi ☐ Diğer ☐

Şikayet Konusu

Görevi :

Tarih :

İmza :

Şikayetin Değerlendirmesi

Görevi :

Tarih :

İmza :

Yapılacak Faaliyetler

Faaliyet Sorumlusu :

Termin :

İmza :

Sonuç

Onay :

Tarih :

İmza:

