

MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

Tarih:	Şikâyet No:
Müşteri Adı:	
Şikâyeti Alan:	
Şikâyetin Sınıflandırması (Ürün, teslimat, hizmet, iletişim vb.):	
Şikâyetin Alınma Şekli: <input type="checkbox"/> Telf. <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Firmaya Gelerek <input type="checkbox"/> Kendi Yerinde <input type="checkbox"/> İnternet yolu ile (e-mail, web form)	
Şikâyetin Konusu:	
Şikâyetin Nedeni:	
İlgili Birim:	
Uygulanacak Düzeltici Faaliyet:	
Faaliyet Sorumlusu:	
Faaliyet Termin Tarihi:	
Yapılan Faaliyet:	
<input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yeterli Değil:	
Faaliyeti Kontrol Eden / Onaylayan:	