

Doküman No	FR-029	MÜŞTERİ ŞİKÂyet FORMU	
Yayın Tarihi	10.01.2017		
Revizyon Tarihi	17.05.2017		
Revizyon No	01		
Sayfa No	1 / 1		

MÜŞTERİ BİLGİLERİ			
Firma Adı:			
Firma Adresi:			
Arayan Yetkili /Görevi			
Telefon / Faks:			
ŞİKAYET İLE İLGİLİ AYRINTILAR			
Şikayeti Alan:	Şikayet Tarihi:	Şikayet Edilen Hizmet Tarihi:	
Şikayet Sebebi:			
Şikayet ile İlgili Talep:			
MÜŞTERİ ŞİKAYETLERİ KİŞİ YADA KOMİTESİ DEĞERLENDİRMESİ			
TOPLANTIYA KATILANLAR		Toplantı Tarihi :	
ADI SOYADI	İMZA	ADI SOYADI	İMZA
KARAR:			
ŞİKAYETİN KABULÜ HALİNDE YAPILACAK ÇALIŞMALAR:			
Şikayet Takip Sorumlusu:			
ŞİKAYETİN GİDERİLMESİ YÖNÜNDE GEREKLİ İŞLEMLER TAMAMLANDI.			
.../.../..... GENEL MÜDÜR			