



MÜŞTERİ ŞİKAYET / ÖNERİ KAYIT FORMU

Tarih	
İlgili Müşteri ŞİKAYET <input type="checkbox"/> ÖNERİ <input type="checkbox"/>	
Konusu	
İletişim Bilgisi	Tel : Fax : e-mail :
İletilme Şekli	
Değerlendirme	
Değerlendiren	
Düzeltilici Faaliyet Gerekli mi ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Sonuç	
Geri Bildirim Yapıldı mı ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
Formu Dolduran	
Onaylayan	