



## MÜŞTERİ ŞİKAYET FORMU

Tarih	:		Şikayet No	:	
Firma Adı	:				
Adresi	:				
Tel	:				
Fax	:				
İlgili Kişi	:				

Şikayeti Alan/Görevi	:				
Şikayetin Alınış Şekli:	Yazılı	<input type="checkbox"/>	Sözlü	<input type="checkbox"/>	
Şikayet Konusu:					
İlgili Bölüm Tarafından Yapılan Değerlendirme:					
Sonuç:					
D.Ö.F Gerekli mi?	:Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	<input type="checkbox"/>	
D.Ö.F No	:				

Kalite Yönetim Temsilcisi	Şirket Müdürü
---------------------------	---------------