



## MÜŞTERİ ÖNERİ İTİRAZ VE ŞİKAYET FORMU

MÜŞTERİ ÜNVANI:

MÜŞTERİ TEL:

e-mail:

VERİLEN HİZMET:

GÖRÜŞME TARİHİ:

BİLDİRİM ŞEKLİ : Şahsen  Telefon  Faks  e-mail

BİLDİRİM KONUSU: Öneri/İstek  İtiraz  Şikayet

BİLDİRİMİ YAPAN:

Tarih:

KONU:.....  
.....  
.....  
.....

Ek'te verilmiştir

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI SOYADI/ GÖREVİ / E-MAİL VE TELEFON:

### KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ

DÖF AÇILACAK

DÖF AÇILMAYACAK

DÖF NO:

TERMİN TARİHİ :

KARARIN GEREKÇESİ:.....  
.....  
.....

Adı Soyadı/ Tarih / İmza:

DÖF AÇILDI İSE;

SONUÇ:.....  
.....  
.....

KAPANDI

KAPANMADI

YENİ TERMİN:.....

*BİLGİ VERİLEN MÜŞTERİ YETKİLİSİNİN ADI SOYADI / E-MAİL / TELEFON NUMARASI:*

*MÜŞTERİYE BİLGİ VEREN ŞENGÜL TEKNİK A TİPİ MUAYENE KURULUŞU YETKİLİSİNİN*

*ADI SOYADI / TARİH / İMZA:.....*