

تاریخ:

شماره:

## فرم بررسی شکایات مشتریان از محصول و خدمات شرکت

نام مشتری : روش دریافت شکایت : تلفنی <input type="checkbox"/> کتبی <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> نام دریافت کننده شکایت : تاریخ : ساعت :	تلفن ثابت : تلفن همراه :
	شماره فاکتور یا قرارداد :
شرح موضوع	
امضاء دریافت کننده	
بررسی ، تجزیه و تحلیل موضوع	
اقدامات مورد نیاز : مسئول :	
نتایج بررسی و اقدامات انجام شده	
پیوست ها	
در تاریخ توضیحات	ساعت شماره تماس پیگیری نتیجه شکایت انجام گردید
نظریه مشتری	