

Tarih:

Şikayet No	
Firma Adı	
Firma Adresi	
Tel / e-posta	
Firma Yetkilisi	
Ünvanı / Görevi	
Hizmet Tarihi	

Şikayetin Sebebi

Şikayetin Sebebi		
Şikayeti Alan Personelin Adı - Soyadı		İmza

Şikayetin Değerlendirilmesi

Şikayetin Değerlendirilmesi		
Değerlendirme Tarihi		
UDF Formu Açılmalı <input type="checkbox"/>	UDF No:	
Şikayeti Değerlendiren Adı – Soyadı / İmza		
Sonuç:		
Şikayet Sahibine Geri bildirim yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Geri Bildirim Yapan Personelin Adı – Soyadı -Tarih		İmza
Gözden Geçirilme Tarihi		
Gözden Geçiren Adı – Soyadı / İmza		