

MÜŞTERİ ŞİKAYETİ / İTİRAZI DEĞERLENDİRME FORMU

ŞİKAYET

İTİRAZ

TARİH: .../.../.....

Şikayet No

İtiraz No:

Şikayeti / İtirazı Alan: :
Muayene Rapor No: :
Müşteri Adı: :

Şikayetin / İtirazın Açıklaması

Şikayetin / İtirazın Nedeni

.....
Bu bölüm Eskon yetkilileri tarafından doldurulacaktır.

Alınan Karar

Termin Tarihi :
Düzeltilici Faaliyet Gerekli mi? EVET HAYIR
DÖFİ NO: :

TEKNİK YÖNETİCİ İMZA YÖNETİM TEMSİLCİSİ İMZA