ums medikal	**MÜŞTERİ İSTEK, İTİRAZ VE ŞİKAYETLERİ FORMU**	Tarih:

***FİRMA :**

***KİŞİ :**

***ADRES :**

***TELEFON / FAKS NO :**

***MAİL ADRESİ :**

***BİLDİRİ NİTELİĞİ :** İSTEK-ÖNERİ ☐ İTİRAZ ☐ ŞİKAYET ☐

***ŞİKAYETİN ALINIŞ ŞEKLİ :** ☐ Şahsen ☐ Telefon ☐ Faks ☐ e-mail

ŞİKAYETİ ALAN KİŞİ :

***KONU :**

☐ **EK'te verilmiştir.**

İsim/ Tarih /İmza

DEĞERLENDİRME / ANALİZ :

YAPILACAK İŞLEM :

BİTİŞ TARİHİ :

İsim/ Tarih /İmza

SORUMLU:

Şikayet ile ilgili Düzeltici / Önleyici Faaliyet açılacak mı : ☐ Evet ☐ Hayır

DÖF No :

İstek / öneri / şikayet ile ilgili işlem tamamlanmış olup müşteriye bilgi verilmiştir :

AÇIKLAMALAR :

İsim / İmza / Tarih