



MÜŞTERİ İTİRAZ VE ŞİKAYET FORMU

Şikayet No :

Tarih :

Müşteri Adı :

Şikayeti Bildiren :

Telefonu :

Şikayet Tipi : () Şikayet () İtiraz ()

Şikayetin Alınma Şekli : () Telefon () e-posta () Faks () Sözlü () Diğer

Şikayet / İtiraz Konusu :

Şikayeti Alan

KSS Ön İnceleme Sonucu

Kabul Açılan DF Numarası

Red

KSS

...../...../.....