

فرم دریافت شکایت	الوان ثابت (آجرات سایی نس)		
ساعت دریافت:	تاریخ دریافت:	نام سازمان:	
<input type="checkbox"/> فرم نظر سنجی	: sms <input type="checkbox"/>	: Email <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> تماس	<input type="checkbox"/> نامه	<input type="checkbox"/> شفاهی	
موضوع شکایت/پیشنهاد:			
تلفن:	سمت:	نام شکایت کننده:	
<input type="checkbox"/> خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	<input type="checkbox"/> گارانتی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	تاریخ ارائه:	مشخصات محصول:
ایمیل:	آدرس:		
تاریخ اطلاع شماره ثبت به مشتری:	تاریخ ثبت:	شماره سند شکایت:	
وضعیت شکایت: <input type="checkbox"/> تأیید <input type="checkbox"/> رد		دلایل رد شکایت:	
تأیید مدیر عامل:			
ارزیابی اولیه شکایت: نیاز به اقدام فوری ----- امکان انجام اقدام فوری -----			
دسته بندی شکایات: نیاز به اصلاحات و اقدامات اصلاحی فوری <input type="checkbox"/>			
زمان تقریبی برطرف سازی شکایت:			
<input type="checkbox"/> ارسال جنس جدید	<input type="checkbox"/> ارسال هدیه	<input type="checkbox"/> ارسال نامه	<input type="checkbox"/> تماس تلفنی

نتیجه:	<p>تاریخ اطلاع رسانی:</p> <p>مسئول اطلاع رسانی:</p> <p>نماینده مشتری:</p> <p>نظر مشتری:</p>	
نتیجه:	<p>تاریخ پیگیری:</p> <p>مسئول پیگیری:</p> <p>تاریخ اطلاع رسانی به مشتری:</p> <p>نماینده مشتری:</p>	
نتیجه:	<p>تاریخ پیگیری:</p> <p>مسئول پیگیری:</p> <p>تاریخ اطلاع رسانی به مشتری:</p> <p>نماینده مشتری:</p>	
نتیجه:	<p>تاریخ پیگیری:</p> <p>مسئول پیگیری:</p> <p>تاریخ اطلاع رسانی به مشتری:</p> <p>نماینده مشتری:</p>	
نتیجه:	<p>تاریخ پیگیری:</p> <p>مسئول پیگیری:</p> <p>تاریخ اطلاع رسانی به مشتری:</p> <p>نماینده مشتری:</p>	
نتیجه:	<p>تاریخ پیگیری:</p> <p>مسئول پیگیری:</p> <p>تاریخ اطلاع رسانی به مشتری:</p> <p>نماینده مشتری:</p>	
تصویب مدیریت عامل		تأثید نماینده مدیریت: