

BAYLAN	MÜŞTERİ ŞİKAYET VE İTİRAZ FORMU	SIRA NO:	
TARİH			
MÜŞTERİ/FİRMA			
GÖRÜŞÜLEN KİŞİ			
GERİ BİLDİRİM KONUSU	ŞİKAYET <input type="checkbox"/>	İTİRAZ	<input type="checkbox"/>
KONU :			
MÜŞTERİ İLE YAPILAN GÖRÜŞMELERİN SONUÇLARI:			TARİH:
SONUÇ:			
DÜZELTİCİ FAALİYET GEREKLİ Mİ? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR			
DÜZELTİCİ FAALİYET NO (LARI) :			
ŞİKAYETİ CEVAPLAYAN YETKİLİ :			
ADI SOYADI :		İMZA :	
GÖREVİ :			