

Şikayetçi Bilgileri

Ad - Soyadı

Temsil Ettiği
Kurum/Kuruluş

Telefon

Mail

Teklif No

Rapor No

Şikayet Nedeni/Tarifi:

CNR Yetkilileri tarafından doldurulacaktır.**Şikayet Tarihi:****Formunu dolduran Personelin Adı Soyadı/Görevi:****Tarih / İmza:****Şikayetin Yapılma Şekli**Telefon E-posta Müşteri Memnuniyeti Anketi Kargo Diğer **Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.****Şikayet Kabul Edildi mi?**Evet Hayır **Şikayet No****Yapılacak Faaliyetler****Sonuç****Tarih / İmza:**