



شرکت صنایع سیمان گیلان سبز

فرم ثبت شکایات مشتریان

نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل)	موضوع شکایت / پیشنهاد	نام محصول خریداری شده	تاریخ حواله	شماره حواله	مشکل یا نقص موجود	شرح کامل شکایت	خسارت درخواستی	تاریخ درخواستی جهت پاسخگویی	اقدام فوری مورد نیاز (در صورت وجود)
	<input type="checkbox"/> محصول <input type="checkbox"/> نحوه برخورد پرسنل فروش <input type="checkbox"/> فرایند رسیدگی به شکایت <input type="checkbox"/> سایر:								

لطفا نام فردی که برخورد نامناسبی با شما داشته است را ذکر بفرمائید(در صورت وجود):

لطفا در صورت وجود،اطلاعات جانبی که می تواند به بهبوداثر بخشی فرایند رسیدگی به شکایت شما بیانجامد را به این فرم پیوست نمائید :

تاریخ:

نام فرد دریافت کننده و کد شکایت :

نام نماینده شاکی جهت ارتباط با سازمان(در صورت وجود):-: