

	فرم انعکاس شکایت مشتری	شماره: تاریخ:
نام مشتری: نام نماینده مشتری: آدرس: تلفن تماس: نام محصولات دریافتی:		نام مشتری: آدرس: نام محصولات دریافتی:
ثبت نظرات مشتری: مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)		ثبت نظرات مشتری: مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)
ثبت نظریه مدیر بازرگانی: مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)		ثبت نظریه مدیر بازرگانی: مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)
نظرات و پیشنهادات مدیریت محترم عامل: مدیر عامل (نام، تاریخ، امضاء)		نظرات و پیشنهادات مدیریت محترم عامل: مدیر عامل (نام، تاریخ، امضاء)
شرح اقدامات لازم جهت رفع مشکل: نماینده مدیریت (نام، تاریخ، امضاء)		شرح اقدامات لازم جهت رفع مشکل: نماینده مدیریت (نام، تاریخ، امضاء)
نتایج بررسی مطابق نامه شماره مورخه به اطلاع مشتری رسانده شد. مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)		نتایج بررسی مطابق نامه شماره مورخه به اطلاع مشتری رسانده شد. مدیر بازرگانی (نام، تاریخ، امضاء)
صادر کننده: مدیر بازرگانی		صادر کننده: مدیر بازرگانی
مدت زمان بایگانی راکد: ۲ سال	مدت زمان بایگانی فعال: ۳ سال	وضعیت بازنگری: صفر کد فرم: QF-31