

تکمیل توسط مشتری	نام مشتری:	تلفن:	تاریخ:
	آدرس:	آدرس پست الکترونیک:	
	موضوع شکایت:		
	شرح شکایت:		
پیشنهاد مشتری برای حل مشکل:			
تیم بررسی شکایات مشتری	شماره ثبت شکایت:	مسئول پیگیری:	
	نتیجه بررسی اولیه شکایت:		
	شرح کلی تحلیل ریشه‌ای و نتیجه بررسی‌ها:		
	نیاز به اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه وجود دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> فرم اقدام اصلاحی/پیشگیرانه پر شده و ضمیمه می‌باشد <input type="checkbox"/> نمی‌باشد <input type="checkbox"/>		
	نام مسئول پیگیری:..... امضا، تاریخ		
نماینده مدیریت	با مشتری در تاریخ تماس حاصل گردید و ایشان از پاسخ ارائه شده قانع شدند <input type="checkbox"/> نشدند <input type="checkbox"/>		
	نام مدیر کیفیت:..... امضا، تاریخ		
نماینده مدیریت	نیاز به انجام اصلاحات در اسناد می‌باشد <input type="checkbox"/> نمی‌باشد <input type="checkbox"/>		تاریخ ارجاع به بازنگری مدیریت:.....
	نام نماینده مدیریت:..... امضا، تاریخ		