

ŞİKAYƏT FORM

	TARİX:
ADI: _____ ÜNVAN: _____ TEL.: _____ FAKS: _____ ŞƏXSİN PULSUZ: _____	Müvafiq SƏNƏDLƏR: (Əlavə olunur: faks, məktublar, qeydlər telefon rəbitəsi və s.)
PROBLEM TƏSVİRİ	

Kimə olmaq tərəfindən tamamlandı Təşkilat

FƏALİYYƏT:	
MƏSULİYYƏTDİR HƏYATA GEÇİRİLMƏK ÜÇÜN :	TARİX:
ARAYIŞ TO FƏALİYYƏT: DÜZƏLTİCİ PRENKİVİ FƏALİYYƏT FƏALİYYƏT <input type="checkbox"/>	
DİREKTOR OF MARKETİNG & SATIŞ (Tam adı & İmza)	TARİX: