

QUEJA FORMA

		FECHA:
NOMBRE: _____	RELEVANTES : (Adjunto: Fax, letras, archivos de comunicaciones telefónicas, etc.)	
DIRECCIÓN: _____		
TELÉFONO: _____ FAX: _____		
PERSONA EN CARGAR: _____		
PROBLEMA DESCRIPCIÓN		

A ser Completado por La organización

ACCIÓN:		
RESPONSABLE PARA IMPLEMENTACIÓN:		FECHA:
REFERENCIA A ACCIÓN:	CORRECTIVA ACCIÓN <input type="checkbox"/>	PREVENTIVA ACCIÓN <input type="checkbox"/>
DIRECTOR DE MARKETING & VENTAS		FECHA:
(Nombre completo & Firma)		