

## فرم ثبت شکایت مشتریان

### ۱- مشخصات

نام و نام خانوادگی:	نام نماینده فروش:
شماره تلفن:	شماره موبایل:
نام نماینده:	پست الکترونیکی:
نشانی کامل:	تاریخ و ساعت اعلام شکایت:
نحوه ارائه شکایت:	

### ۲- شرح محصول:

مشخصات محصول:
مشخصات فاکتور:
تاریخ دریافت:

### ۳- موضوع شکایت:

--

### ۴- پاسخ مشتری:

پیشرفت رسیدگی به شکایت:	<input type="checkbox"/>	مشتری پیگیری می کند	<input type="checkbox"/>	سازمان تماس می گیرد	<input type="checkbox"/>
مایل هستید اطلاعات شما محرمانه تلقی گردد؟	<input type="checkbox"/>	بلی	<input type="checkbox"/>	خیر	<input type="checkbox"/>
اولویت زمان پاسخگویی:					

### مدارک پیوست:

دارد	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------	--------------------------

خواهشمند است فرم شکایت خود را به شماره دورنگار ۸۸۳۲۱۰۷۸ ارسال و یا به آدرس دفتر رسیدگی و پشتیبانی مصرف کنندگان تهران خیابان مطهری-خیابان مفتاح جنوبی- کوچه مرزبان نامه- پلاک ۱۲- طبقه ۳ کدپستی: ۱۵۸۸۸۴۴۴۵۵ ارسال نمایید تا در اسرع وقت با شما تماس گرفته شود.