**بسمه تعالی**

**شرکت تجهیزات پزشکی**

**پل سلامت ایرانیان**

واحد خدمات پس از فروش

فرم ثبت شکایت مشتری

|  |  |
| --- | --- |
| 1 - شماره : | 2 - تاریخ تنظیم : ...../....../....... |
| 3 - نام وسیله : | 4 – مدل وسیله : |
| 5- شماره شناسه / کاتالوگ وسیله : | 6 – شماره سریال وسیله : |
| 7 – نام کمپانی سازنده / واسطه : نام شرکت نمایندگی : | |
| 8 – مشخصات شاکی :  نام مرکز درمانی :  نام و نام خانوادگی شخص مسئول : سمت :  آدرس :  تلفن : نمابر : e-mail : | |
| 9 – موضوع شکایت : | |
| 10 – تاریخ دریافت شکایت : ....../....../....... | |
| 11 – نحوه دریافت شکایت :  حضوری 🞎 تلفن 🞎 فکس 🞎 نامه 🞎 e-mail 🞎 سایر ..................... | |
| 12 – شرح جزئیات شکایت : | |
| 13 – تاریخ رسیدگی به شکایت : ...../......./....... | |
| 14 – نتیجه ارزیابی: | |
| 15 – نوع اقدام / پاسخ به مشتری : | |
| 16 – علت عدم اقدام / پاسخ به مشتری : | |
| 17 – مشخصات دریافت کننده شکایت : | |
| نام و امضاء و عنوان شخص مسئول در شرکت : | |