



فرم وصول شکایات

کد فرم: F-M2-01/00

شماره:

تاریخ:

اشخاص حقیقی:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

کد ملی:

اشخاص حقوقی:

نام شرکت:

شماره ثبت:

نام و نام خانوادگی نماینده شرکت:

کد ملی:

تلفن همراه:

تلفن محل کار یا سکونت:

نام شهرستان:

نام بخش:

نام روستا:

کد پستی و نشانی محل کار یا سکونت:

واحد سازمانی مورد شکایت:

موضوع شکایت:

شرح شکایت:

امضاء ارباب رجوع (شاکی)

نوع شکایت: فوری عادی

شماره اندیکاتور / ثبت:

تاریخ وصول شکایت:

نتیجه رسیدگی به شکایت:

امضاء کارشناس رسیدگی

تاریخ پاسخگویی:

مدت زمان رسیدگی:

گواهی می شود درخواست آقای / خانم طی شماره در تاریخ ثبت گردید.

تاریخ پیشنهادی جهت پیگیری:

جهت پیگیری لطفا تنها از شماره ۰۲-۳۱۷۴۶۴-۰۴۵ دفتر بازرسی و رسیدگی به شکایات پیگیری نمایید. امضاء

رسید متقاضی

متقاضی محترم جهت پاسخ گیری بهتر لطفا در هنگام مراجعه دریافت پاسخ موارد زیر را تکمیل نمایید

نظر سنجی

۱- نحوه رفتار پرسنل چگونه بوده است؟ خوب متوسط بد

۲- مدت زمان پاسخگویی چقدر بوده است؟ خوب متوسط بد

۳- رضایت از پاسخ دریافتی چه مقدار بوده است؟ خوب متوسط بد