

ACP-FO-CR-01/00	کد فرم:	فرم رسیدگی به صدای مشتری	
1402/05/22	تاریخ بازنگری:		

از اینکه با درایت و بردباری ما را در امر پاسخگویی به شکایات و انتقادات یاری می فرمایید صمیمانه سپاسگزاریم. خواهشمند است به منظور تسریع در روند پاسخگویی جدول ذیل را تکمیل نمایید.

تاریخ اعلام شکایت	کانال دریافت شکایت	<input type="checkbox"/> مشتری <input type="checkbox"/> نماینده خدمات پس از فروش <input type="checkbox"/> نماینده فروش
نام شکایت کننده / مالک	آدرس	
تلفن ثابت و همراه	تاریخ و شماره قرارداد	
خودرو، مدل و رنگ	محل ثبت قرارداد	
شماره شاسی	عاملیت خدمات	

شرح شکایت / انتقاد مشتری:

نظرات و پیشنهادات مشتری جهت رفع شکایت (در صورت تمایل):

نام، تاریخ و امضاء مشتری:

تاریخ دریافت شکایت	شماره / کد ثبت شکایت	شرح اسناد پیوست	PD NAV
درخواست مشتری از طریق <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> سایر تاریخ دریافت شکایت: <input type="text"/> به واحد امور مشتریان اعلام گردید.			
در تاریخ <input type="text"/> از طریق <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> سایر با شکایت کننده تماس حاصل شد و پس از تقدیم شماره سریال ثبت شکایت، مهلت زمانی حدودی جهت رسیدگی به شکایت مطروحه و اعلام نتایج آن اطلاع رسانی شد.			
نتیجه بررسی اولیه امور مشتریان و خلاصه موضوع و علت شکایت:			
نام بررسی کننده، تاریخ و امضاء: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> شکایت/انتقاد فوق وارد نمی باشد و طی <input type="checkbox"/> تماس تلفنی <input type="checkbox"/> به صورت کتبی از طریق <input type="text"/> در تاریخ <input type="text"/> به شکایت کننده اطلاع رسانی گردید.			
<input type="checkbox"/> شکایت/انتقاد فوق وارد می باشد. توضیحات: <input type="text"/>			
مرجع شکایت: <input type="text"/> تعیین واحدهای متولی یا مرتبط به موضوع شکایت: <input type="text"/>			
محاسبه عدد ریسک شکایت: <input type="text"/> تعیین نوع شکایت: <input type="checkbox"/> فوری و مهم <input type="checkbox"/> مهم <input type="checkbox"/> عادی			
نام، تاریخ و امضاء مسئول امور مشتریان: <input type="text"/>			

این قسمت توسط امور مشتریان تکمیل می گردد.

توجه: این فرم بدون شماره ثبت شکایت اعتبار ندارد.

توزیع نسخ: ۱- اصل: واحد CRM ۲- کپی: واحدهای مرتبط (جهت اطلاع)

اعلام نظر یا نتیجه بررسی مسئولین واحدهای متولی یا مرتبط به موضوع شکایت:

1- واحد:

نام، تاریخ و امضاء:

2- واحد:

نام، تاریخ و امضاء:

3- واحد:

نام، تاریخ و امضاء:

علل ریشه ای بروز شکایت: بررسی در تیم کارشناسی بررسی در کمیته تخصصی سایر:

نام اعضاء بررسی کننده:

شرح اقدامات نحوه جلب رضایت شکایت کننده: بررسی در تیم کارشناسی بررسی در کمیته تخصصی سایر:

نام اعضاء بررسی کننده:

ردیف	شرح اقدامات	مسئول / مسئولین انجام	مهلت / پیش بینی تاریخ انجام	تاریخ واقعی انجام	گزارش آخرین وضعیت

تایید مدیران مربوطه (نام، تاریخ و امضاء)

مسئول ارتباط با مشتریان

کارشناس امور مشتریان

نام:
تاریخ و امضاء:نام:
تاریخ و امضاء:نام:
تاریخ و امضاء:در تاریخ طی تماس تلفنی حضوری کتبی از طریق جهت گزارش اقدامات انجام شده و دلجویی از مشتریتماس حاصل شد. رضایت مشتری جلب شد. رضایت مشتری جلب نشد. دریافت رضایت نامه کتبی دریافت رضایت نامه صوتیشکایت کننده به مراجع قانونی (سازمان حمایت از حقوق مصرف کننده) معرفی شد. Happy Call Happy Call Date

نام کارشناس امور مشتریان، تاریخ و امضاء:

صادر شد.

اثر بخشی اقدامات انجام شده مورد تایید می باشد. / نمی باشد. فرم درخواست اقدام اصلاحی در مورخ بررسی نهایی مسئول
واحد امور مشتریان

توضیحات:

نام، تاریخ و امضاء: