



شرکت گاز استان گلستان

« فرم ثبت و پیگیری شکایت »

تاریخ ثبت : <input type="text"/>	نوع : <input type="checkbox"/> شکایت <input type="checkbox"/> انتقاد	کانال ارتباطی
شماره پیگیری : <input type="text"/>	وب سایت <input type="checkbox"/> مراجعه مستقیم <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> کتبی <input type="checkbox"/> سامد <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> رسانه (صدا سیما و مطبوعات) <input type="checkbox"/>	مشخصات شاکی
آقا/خانم/سازمان : کد اینترنتی شکایت/ شماره نامه : آدرس : شماره تلفن همراه :		شرح شکایت:
تاریخ وقوع : نام و امضاء شاکی		پیوست : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
تاریخ اعلام وصول شاکی:		نام ثبت کننده شکایت:
تاریخ انجام ارزیابی اولیه: شکایت مورد قبول سازمان می باشد <input type="checkbox"/> شکایت مورد قبول سازمان نمی باشد <input type="checkbox"/> علت عدم پذیرش: مسئول بررسی: تاریخ مقرر جهت اعلام نتیجه بررسی توسط مسئول بررسی: تاریخ اعلام به شاکی: درجه اهمیت :		ارزیابی (روابط عمومی)
شرح بررسی های صورت گرفته: علت وقوع شکایت : اقدام مورد نیاز جهت اصلاح و جلوگیری از وقوع مجدد: تاریخ اعلام نتایج بررسی توسط مسئول رسیدگی: نام و امضاء فرد بررسی کننده:		مسئول بررسی (واحد مربوطه)



شرکت گاز استان گلستان

« فرم ثبت و پیگیری شکایت »

اعلام به شاکی	
روابط عمومی	تاریخ اعلام نتیجه بررسی به شاکی: تصمیم اخذ شده مورد قبول شاکی: <input type="checkbox"/> می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد علت عدم پذیرش توسط شاکی:
این قسمت توسط واحد مربوطه تکمیل می گردد	علت عدم پذیرش توسط شاکی مورد قبول این واحد می باشد <input type="checkbox"/> مورد قبول این واحد نمی باشد <input type="checkbox"/> نظر سرپرست واحد: نام و امضاء مسئول بررسی مجدد: شرح اقدامات جدید برای رفع شکایات: تاریخ اطلاع رسانی به شاکی: در صورت عدم پذیرش اقدام، توسط شاکی، یک فرم پیگیری به این فرم پیوست و اقدامات انجام شده تا حصول رضایت شاکی در فرم مذکور وارد می شود و سپس ادامه این فرم تکمیل میگردد
وضعیت اثر بخشی	
روابط عمومی	اقدامات انجام شده اثر بخش می باشد <input type="checkbox"/> اقدامات انجام شده اثر بخش نمی باشد <input type="checkbox"/> علت: نام و امضاء مسئول رسیدگی: تاریخ سنجش اثر بخشی مجدد: تاریخ سنجش اثر بخشی:
این قسمت در صورت اثر بخش نبودن اقدامات تکمیل می گردد	
مسئول رسیدگی	نتیجه بررسی: شرح اقدامات مورد نیاز: تاریخ بررسی:
در صورت عدم اثربخشی مجدد اقدام، یک فرم پیگیری به این فرم، پیوست و اقدامات انجام شده تا دستیابی به اثربخشی مناسب در فرم مذکور وارد می شود.	