

تاریخ جمع آوری کارتخوان: / / نام پشتیبان: کد پشتیبان:		فرم جمع آوری کارتخوان		
نام فروشگاه:		نام مسئول فروشگاه:		نام بانک:
آدرس فروشگاه:				
منطقه استحفاظی:		تلفن ثابت:	تلفن همراه:	
مشخصات دستگاه				
شماره و امضای شعبه:	☐ LAN	شماره ترمینال:		
	☐ Bluetooth	شماره سریال دستگاه:		
	☐ Wi-Fi	شماره اموال:		
	☐ Dialup	برند دستگاه:		
	☐ GPRS	مدل:		
	شماره و تاریخ نامه عودت:		نوع وثیقه:	GPRS
دلیل درخواست Temp جمع آوری				
قطع همکاری با پذیرنده ☐ تغییر بانک پذیرنده و ادامه همکاری: ☐ بانک تغییر حساب:				
نوع درخواست جمع آوری (فقط یک گزینه انتخاب گردد)				
به درخواست بانک ☐		به درخواست سب ☐		به درخواست پذیرنده ☐
علت:		علت:		علت از موارد زیر انتخاب گردد.
در صورتی که جمع آوری به درخواست پذیرنده بوده است؛ حداکثر دو مورد از لیست زیر با توجه به نظر پذیرنده انتخاب شود.				
علت اصلی ناراضی با عدد ۱ و علت ثانویه ناراضی با عدد ۲ مشخص گردد (منظور از علت اصلی ناراضی مهمترین دلیل پذیرنده در خصوص جمع آوری کارتخوان می باشد)				
ناراضی از بانک	ناراضی از خدمات سب	کسب و کار پذیرنده	الصاق پرینت ۱۱۹ یا ۱۱۱۹ ریالی	
☐ عدم ارائه تسهیلات	☐ برخورد نامناسب پشتیبان سب	☐ کاهش فروش پذیرنده		
☐ عدم ارائه دسته چک	☐ مدت زمان طولانی برقراری تماس	☐ تغییر صف پذیرنده		
☐ پایین بودن نرخ سود سپرده	☐ برخورد نامناسب کارکنان مرکز تماس	☐ تعطیلی فروشگاه		
☐ ناراضی از اینترنت بانک	☐ عدم ارائه شارژ گروهی	☐ تغییر مالکیت		
☐ عدم واریز به موقع مبالغ	☐ خرابی کارتخوان	سایر:		
☐ عدم ارائه خدمات به پذیرندگان ویژه	☐ قطعی کارتخوان			
☐ عدم ارسال به موقع پیامک	☐ سرعت نامناسب کارتخوان			
☐ عدم واریز مبالغ تراکنش به تفکیک	☐ عدم ارائه طرح های تشویقی			
☐ در دسترس نبودن شعبه بانک	☐ عدم اطلاع از گزارش ریز تراکنش ها در منو			
☐ برخورد نامناسب کارکنان بانک	سایر:			
سایر:				
چک لیست جمع آوری کارتخوان				
آداپتور ☐	سیم تلفن ☐	وضعیت کلی کارتخوان: تجهیزات و ادوات جمع آوری شده سالم ☐ دچار خسارت کلی و یا جزئی ☐ مفقود ☐ می باشد.		
پایه کارتخوان ☐	کابل های ارتباطی ☐	خسارت محاسبه شده ریال می باشد که پذیرنده ملزم به پرداخت آن به حساب		
مودم ☐	بارکدخوان ☐	به نام شرکت پرداخت الکترونیک سامان کیش می باشد.		
سوییچ ☐	سایر:			
امضای پشتیبان:		مهر و امضای پذیرنده:	تاریخ ورود دستگاه به انبار:	
			نام و نام خانوادگی مسئول انبار:	
			امضا:	
توجه: لطفا مشخصات پشتیبان با کارت شناسایی مطابقت داده شود. فرم های بدون امضا و مهر شعبه بدون اعتبار می باشد.		ثبت در سیستم و بایگانی ☐		
تلفن پشتیبانی: ۰۲۱-۸۴۰۸۰۰		نام و نام خانوادگی:		
		تاریخ: / /		