



GÖRÜŞ / ÖNERİ FORMU

Doküman No: INT.KLT.FRM.13

Yürürlük Tarihi: 01.08.2017

Revizyon No: 00

Revizyon Tarihi: -

Sayfa No:1/1

Bu form; sizlere daha iyi hizmet verebilmek amacıyla sunulan hizmetler ile ilgili olarak yaşadığımız ve gözlemlediğiniz sorunları / önerilerinizi bildirmeniz için hazırlanmıştır. Bildiriminiz tarafımızca en kısa sürede incelenerek size, önlemler ve düzenlemeler hakkında bilgi verilecektir. İlgilerinize ve katkınıza teşekkür ederiz.

Öneri ya da Şikayette bulunan; Hasta Hasta Yakını Personel Kurum/Doktor

Tarih:

Öneri ya da Şikayette bulunulan Hizmet:

ŞİKAYETTE BULUNAN KİŞİNİN (İsteğe Bağlı)

Adı/Soyadı: E-posta:

Adresi:

Telefon No:

ŞİKAYET VEYA ÖNERİ

Bu formu, Merkezimizde bulunan Öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz

BU BÖLÜM ŞİKAYET VE ÖNERİYİ ALAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

TELEFON EDİLDİ MAIL/FAKS/YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

İlgili Birim:

Birim Sorumlusu:

Formun Ulaştırıldığı Tarih:

Cevap Süresi:

SEBEPLER

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sorumlu

Adı/Soyadı:

İmza:

