

Bu form; sizlere daha iyi hizmet verebilmek amacıyla sunulan hizmetler ile ilgili olarak yaşadığınız 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

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 MAİL/FAKS/YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

İlgili Birim:

Birim Sorumlusu:

Formun Ulaştırıldığı Tarih:

Cevap Süresi:

SEBEPLER**ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Sorumlu

Adı/Soyadı:

İmza: