

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

Öneri Şikayet Numarası :

Tarih:

Öneri ya da Şikayette Bulunan : Kurum Hasta Hasta Yakını Personel

Öneri ya da Şikayette Bulunulan Hizmet :

Öneri yada Şikayeti Alıp İleten Personel Adı / Soyadı / İmza :

ŞİKAYETTE BULUNAN KİŞİNİN (İsteğe Bağlı)

Adı/Soyadı:

E-posta:

Telefon No:

Adresi:

ÖNERİ VEYA ŞİKAYET

Bu formu, Merkezimizde bulunan Öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz

Kalite Yöneticisi (İmza)

İlgili Bölüm Müdürü (İmza)

Mesul Müdür (İmza)

İlgili Birim:

Birim Sorumlusu:

Formun İletildiği Tarih:

BU BÖLÜM ŞİKAYET VE ÖNERİYİ ALAN KİŞİ YADA BİRİM SORUMLUSU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

SEBEPLER

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

ÖNERİ VE ŞİKAYET SAHİBİNİN BİLGİLENDİRİLMESİ

TELEFON İLE GÖRÜŞÜLDÜ

MAİL / FAKS / YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ

YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

Görüşen Kişi Adı/Soyadı:

İmza:

Cevap Süresi:

Görüşme Detayları:

DÖF

DÖF Gerekli mi?

Gerekli ise DÖF No:

Kalite Yöneticisi (İmza)

İlgili Bölüm Müdürü (İmza)

Mesul Müdür (İmza)

