

ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU

Doküman No: GNT.KLT.FR.08

Yürürlük Tarihi: 01.04.2020

Revizyon No: 00

Revizyon Tarihi:

Sayfa No:1/1

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; Kurum Hasta Hasta Yakını Personel

Tarih:

Öneri ya da Şikayette bulunulan Hizmet:

Öneri yada Şikayeti Alıp İleten Personel Ad/Soyad/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 Yönetim Temsilcisi (İmza)

Laboratuvar Sorumlusu (İmza)

Laboratuvar Koordinatörü (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 MAIL/FAKS/YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ

YUZ YUZE GÖRÜŞÜLDÜ

Görüşen Kişi Adı/Soyadı:

İmza:

Cevap Süresi:

Görüşme Detayları:

Kalite Yönetim Temsilcisi (İmza)

Laboratuvar Sorumlusu (İmza)

Laboratuvar Koordinatörü (İmza)