

ŞİKAYET FORMU (*)

Birim / Bölüm:

1. Hizmet Alınan Yer

2. Hizmet Alınan Tarih

3. Alınan Hizmetin Niteliği

- Analiz
 Sağlık Hizmetleri
 Danışmanlık
 Diğer (Belirtiniz)

4. Şikayetin Konusu

- Hizmet Kalitesi
 Personelin Davranış Biçimi
 Test/Analiz Raporları
 Bürokratik İşlemler
 Diğer

5. Şikayetle İlgili Açıklamalar

(Bu bölümde şikayet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikayetle ilgili detay bilgi verilecektir.)

6. Şikayet İle İlgili Varsa Önerileriniz

7. Kimlik Bilgileriniz

Ad Soyad :
Adres :
Telefon :
Tarih :
İmza :

(Şikayetiniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, adresinizi veya telefonunuzu yazmanız gerekmektedir. Kimlik bilgileri belirtilen ve imzalı şikayetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.)

(*) şikayetiniz ve kimlik bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine kesinlikle uymayı taahhüt etmektedir.