

Doküman Kodu: HMY.FR.01

Yayın Tarihi: 06.02.2024

Revizyon Tarihi: 07.07.2025

Revizyon No:01

Sayfa Sayısı: 1

Tarih:/....../20....

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 veya şikayette bulunan;

- ☐ Hasta
☐ Hasta yakını
☐ Müşteri
☐ Personel

Öneri veya Şikayette Bulunulan Hizmet:**Görüş / Öneride Bulunan Kişinin:**

Adı-Soyadı:

Mail adresi:

Telefon numarası:

Görüş / Öneri:

Rev.no:01/07.07.2025/İlknur Sunar: Belge tarihi eklendi.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Mol.Bio.İlknur Sunar Kalite Yönetim Temsilcisi	Bio.Elif Eroğlu Şimşek Kalite Yönetim Sorumlusu	Prof.Dr.İbrahim Akalın Merkez Sorumlusu