



MÜŞTERİ ÖNERİ, ŞİKÂYET VE İTİRAZ FORMU

Lütfen aşağıdaki kutulardan bize ulaşma amacınıza en uygun olanını işaretleyiniz.

Öneri

Şikâyet

İtiraz

Öneri, Şikâyet veya İtirazı Yapan Kişi/Kuruluş

Tarih:

Öneri/Şikâyet/İtiraz ile İlgili Bölüm:

GERİ BİLDİRİM İSTENİYORSA İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adres:

Telefon/Faks:

E-Posta:

ÖNERİ, ŞİKÂYET VEYA İTİRAZIN TANIMI

UYGULAMA, ÇÖZÜM VE SONUÇ

Bu bölüm muayene kuruluşu tarafından doldurulacaktır.

Değerlendirme:

Değerlendirme Yapan Ad/Soyad/İmza