

	<b>ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU</b>	<b>Doküman No</b>	<b>FR.09</b>
		<b>Yayın Tarihi</b>	<b>03.06.2016</b>
		<b>Revizyon No/ Tarihi</b>	<b>1/ 12.12.2024</b>
		<b>Sayfa No</b>	<b>1/1</b>

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.  
*Doldurmuş olduğunuz formları [info@nesiller.com](mailto:info@nesiller.com) adresine iletebilirsiniz.*

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 Sorumlusu (İmza) Genel 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  MAIL / FAKS / YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ  YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

Görüşen Kişi Adı/Soyadı: İmza:

Cevap Süresi:

Görüşme Detayları:

**DF**

DF Gerekli mi?

Gerekli ise DF No:

Kalite Yöneticisi (İmza) İlgili Bölüm Sorumlusu (İmza) Genel Müdür (İmza)