

	Özel AROLAB Sağlık Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti.	Doküman Kodu	FR-42
		Yürürlük Tarihi	01.01.2023
		Rev. No / Tarihi	00/00.00.0000
		Sayfa	1/1
<b>ŞİKAYET/İTİRAZ/TALEP FORMU</b>			

<b>Geri bildirim türü</b>		<input type="checkbox"/> Şikâyet / <input type="checkbox"/> İtiraz / <input type="checkbox"/> Bilgi Talebi	
<b>Geri Bildirim No:</b> (Müşteri ilişkileri sorumlusu verir)		<b>Tarih:</b>	
<b>Şikâyet/İtiraz/Talep Sahibinin Adı-Soyadı-Firma Ünvanı:</b>		<b>Şikâyet/İtiraz/Talebi Alanın Adı-Soyadı-Birimi:</b>	
Geri Bildirim Geliş Şekli		Sözlü <input type="checkbox"/> E mail <input type="checkbox"/> Faks <input type="checkbox"/> Anket <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> (.....)	
Şikâyet/İtiraz/Talep Tanımı:			
<b>Geri Bildirim Değerlendirilmesi:</b>		<b>Geri Bildirim Kabul</b> <input type="checkbox"/>	<b>Geri Bildirim Red</b> <input type="checkbox"/>
Değerlendirmeyi Yapan: Kalite Yöneticisi / Program Koordinatörü		Yapılacak Faaliyet:	
		Termin Tarihi:	
Gerçekleştiren(ler)in Adı-Soyadı-Ünvanı:		Yapılan Faaliyet:	
Tarih:			
<b>Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.</b>			
Şikâyetçiye bildirilecek sonuçlar:			
<b>Program Koordinatörü / Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.</b>			
Yapılan Faaliyet Yeterli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Gerekmez. <input type="checkbox"/>		Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Gerekir. <input type="checkbox"/> DÖF No:	
Müşteri/Personel Bilgilendirmesi ..... tarihinde yapılmıştır.			
Geri Bildirim Kapatma Onayı			
Kalite Yöneticisi/Program Koordinatörü			
Tarih-İmza			

<b>HAZIRLAYAN</b> Kalite Yöneticisi	<b>KONTROL EDEN/ONAYLAYAN</b> Koordinatör
--	--

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSÜZ KOPYADIR.