

GÖRÜŞ VE ÖNERİ FORMU

Doküman No ATB. KLT. FRM.26	Yürürlük Tarihi 22.08.2017	Revizyon No 01	Revizyon Tarihi 03.01.2025	Sayfa No 1/1
--------------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------------	-----------------

* ☐ Şikayet / ☐ Talep /Öneri ☐ Görüş		*No:	Tarih:
Şikayet Talep/Öneri Sahibinin Adı-Soyadı-Firma Ünvanı:		Şikayet Talep/Öneri Alanın Adı-Soyadı-Ünvanı:	
Şikayet Talep/Öneri Geliş Şekli	Sözlü ☐ E mail ☐ Faks ☐ Anket ☐ Diğer ☐ (.....)		
Şikayet Talep/Öneri Tanımı:			
Şikayet Talep/Öneri Değerlendirilmesi:	Şikayet Talep/Öneri Kabul ☐	Şikayet Talep/Öneri Red ☐	
Değerlendirmeyi Yapan:	Yapılacak Faaliyet:		
Gerçekleştiren(ler)in Adı-Soyadı-Ünvanı:	Termin Tarihi:		
Tarih:	Yapılan Faaliyet:		
Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.			
Şikayet Talep/Öneri ile ilgili bildirilecek sonuçlar:			
Medikal Direktör / Kalite Yöneticisi tarafından doldurulacaktır.			
Yapılan Faaliyet Yeterli mi?	☐ Evet	☐ Hayır	
Düzeltilici Faaliyet Gerekmez. ☐	Düzeltilici Faaliyet Gerekir. ☐		DF No:
Müşteri/Personel Bilgilendirmesi tarihinde yapılmıştır.			
Müşteri Bildirim Yöntemi: Telefon ☐ E mail ☐ Yazılı ☐			
Şikayet Kapatma Onayı			
Tarih-İmza			
<u>*Kalite Yöneticisi tarafından verilecektir.</u>			