



Toplam Kalite Yönetim
Merkezi Müdürlüğü

Görüş Önei Ve Şikayet
Değerlendirme ve Takip formu

Görüş Öneri Ve Şikayet Sıra Numarası:

Görüş Öneri Ve Şikayetin Yapıldığı Tarih:

Şikayetin Alındığı Tarih:

Şikayetin Alındığı Yer:

Şikayete Verilen Numara:

Görüş Öneri Ve Şikayetin İletilme Yöntemi: Mail Telefon Görüşme Görüş Öneri ve Şikayet Formu
 Anket Sözlü Görüş ve Öneri Şikayet Kutusu

Görüş Öneri Ve Şikayetin Değerlendirme Tarihi:

Şikayetin Alındığı Yer:

Kanıt: Yok
 Var (Kanıt var ise ek olarak arkasına iliştilir)

Şikayeti Alan Kişi:

Adı Soyadı:

İmza

Tarih:

Değerlendirme Sounucu:

Şikayet Değerlendirme Kurul Üyeleri;

<u>Adı Soyadı</u>	<u>İmzası</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>İmzası</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>İmzası</u>
1-		6-		11-	
2-		7-		12-	
3-		8-		13-	
4-		9-		14-	
5-		10-		15-	

Geri Bildirim Tarihi ve Yönetim:

Mail
 Telefon
 Yüz Yüze Görüşme

Tarih:

Açılan DÖF Takip

Numarası:

Takip Eden Kişi:

Adı Soyadı:

Tarih: