|  |
| --- |
| Muş Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak hizmet kalitemizi iyileştirmeyi temel görevimiz olarak görmekteyiz. Görüş, Temenni, Şikâyet ve Memnuniyet ile ilgili düşüncelerinizi sebepleri ile birlikte bildirmeniz ve uygun olması halinde değerlendirmeye alınacağını, gereğinin en kısa sürede yerine getirileceğini belirtiriz. Formun tüm alanlarının doldurulması zorunlu olup, boş bırakılması halinde değerlendirmeye alınmayacağını bildirir, her türlü bildirimleriniz için teşekkür ederiz. BAŞHEKİM |
| **BİLDİRİMDE****BULANAN** |  Hasta |  |  Hasta Yakını | Personel |
| **ADI-SOYADI** |  | **Bildirim Tarihi:** | ........ /......../............. |
| **E-MAİL** |  | **GSM:** |  |
| **ADRES** |  |
| **BİLDİRİMİN NİTELİĞİ** | Görüş |  Temenni | Şikayet | Memnuniyet |
| **KONU****(Birim-Bölüm-Kişi /Belirtiniz)**  |