

	<b>GÖRÜŞ - ÖNERİ FORMU</b>	Doküman No	İEL.PR.16.FR.01
		Yayın Tarihi	20.05.2024
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	1/2

<b>Şikâyet Tarihi:</b>	<b>Şikâyet No:</b>	
<b>1.Hizmet Aldığımız Birimin Adı:</b>		
<b>2. Hizmet Aldığımız Tarih:</b>		
<b>3. Laboratuvarımızda Alınan Hizmet :</b>		
<input type="checkbox"/> Analiz	<input type="checkbox"/> Eğitim/Staj	
<input type="checkbox"/> Danışmanlık/Bilgi Edinme	<input type="checkbox"/> Diğer ( Belirtiniz )	
<b>4. Geri Bildirim Konusu</b>		
<input type="checkbox"/> Hizmet Kalitesi	<input type="checkbox"/> Test/Analiz Raporları	<input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz )
<input type="checkbox"/> Bürokratik İşlemler	<input type="checkbox"/> Personelin Davranış Biçimi	
<b>5. Geri Bildirim ile İlgili Açıklamalar</b>		
(Bu bölümde şikâyet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikâyetle ilgili detay bilgi verilecektir.)		
<b>6. Geri Bildirim ile İlgili Varsa Önerileriniz</b>		
<b>7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz</b>		
<b>Ad Soyadı :</b>		
<b>Firma/Şahıs Adı :</b>		
<b>Telefon / e-mail :</b>		
<b>Tarih :</b>		
<b>İmza :</b>		
<b>DF gerek yok:</b>	<b>DF gerek var:</b>	<b>DF No:</b>
<b>Değerlendiren:</b>		
<b>Genel Laboratuvar Sorumlusu:</b>		
<b>Kalite Yöneticisi</b>		

	<b>GÖRÜŞ - ÖNERİ FORMU</b>	Doküman No	İEL.PR.16.FR.01
		Yayın Tarihi	20.05.2024
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	2/2

**Laboratuvar Müdürü:**

\*Görüş veya öneriniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, telefonunuzu veya e-mail adresinizi belirtmeniz gerekmektedir.  
\*Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikâyetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.  
\*İzmir Ege Laboratuvarı, öneri veya şikâyetiniz hakkında kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

<b>GERİ BİLDİRİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ</b>		
Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep / Sebepleri		
Gerçekleştirilecek Faaliyet		
Değerlendirme Sonucu		
<b>Geri Bildirimi Yöneten</b>		
<b>Adı-Soyadı</b> <b>Unvanı</b> <b>Tarih</b>		<b>İmza</b>