



**HİZMET KULLANICILARI
TALEP/ŞİKAYET FORMU**

Sıra No :

Doküman No	FR.00.08
Yayın Tarihi	2006-02-06
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	0
Sayfa No	1/1

BİLDİRİMİ YAPAN

AD-SOYAD :

KURUMU :

KURUMDAKİ GÖREVİ :

TALEP / ŞİKAYET KONUSU :

Tarih :

İmza :

*Doldurduğunuz formları KİSM Yönetim Temsilcisine faksla yada e-posta ekinde iletiniz.
e-posta : kirklareli.sos@saglik.gov.tr Faks No: 212 51 07*

UYGULANACAK İŞLEM :

DÖFİ açılacak mı ?

EVET

HAYIR

Geribildirim :

Yönetim Temsilcisi

İmza/Tarih :

HAZIRLAYAN

ONAYLAYAN

ŞUBE MÜDÜRÜ : -

YÖNETİM TEMSİLCİSİ : Dr. Demet AYDOĞDU

SAĞLIK MÜDÜR YARDIMCISI : -

İL SAĞLIK MÜDÜRÜ : Dr. Mehmet BİLGİN