



Genetik Hastalıklar
Değerlendirme Merkezi

ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU

Doküman No	YÖN FR 030
Yayın Tarihi	01.06.2022
Revizyon No	1
Revizyon Tarihi	03.02.2025
Sayfa No	1 / 1

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı Soyadı:	Tarih:
Kurum:	
Telefon:	E-posta:

ÖNERİ VE ŞİKÂYET

Öneri/Şikâyeti Alan Personel Adı/Soyadı, İmza	Kalite Temsilcisi İmza
--	---------------------------

DEĞERLENDİRME

Şikâyet/Öneri Laboratuvar Faaliyeti ile ilgili mi?	☐ Evet ☐ Hayır	Hayır ise Gerekçesi	Adı Soyadı/İmza
Öneri/Şikâyet:	☐ Kabul ☐ Red		Mesul Müdür İmza

SONUÇ

--

ÖNERİ/ŞİKÂYET SAHİBİ BİLGİLENDİRİLMESİ

Bilgilendirme Tarihi: Açıklama:	Bilgilendiren Kişi Adı Soyadı İmza
------------------------------------	--

HAZIRLAYAN KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ	ONAYLAYAN MESUL MÜDÜR
---	--------------------------