



Doküman  
No

Yürürlük Tarihi

Revizyon  
No

Revizyon Tarihi

Sayfa  
No

HLC.FR.19

01.09.2022

01

01.12.2024

1 / 1

## GÖRÜŞ ÖNERİ FORMU

Şikâyet Tarihi:

Şikâyet No:

1. Hizmet Aldığınız Birimin Adı:

2. Hizmet Aldığınız Tarih:

3. Laboratuvarımızda Alınan Hizmet :

- Analiz  Eğitim/Staj  
 Danışmanlık/Bilgi Edinme  Diğer ( Belirtiniz )

4. Şikâyetin Konusu

- Hizmet Kalitesi  Test/Analiz Raporları  Diğer (Belirtiniz )  
 Bürokratik İşlemler  Personelin Davranış Biçimi

5. Şikâyetle İlgili Açıklamalar

(Bu bölümde şikâyet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikâyetle ilgili detay bilgi verilecektir.)

6. Şikâyet İle İlgili Varsa Önerileriniz

7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Ad Soyadı :

Firma/Şahıs Adı :

Telefon / e-mai :

Tarih :

İmza :

\*Şikâyetiniz 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.

\* ÖZEL HLC Laboratuvarı şikâyetiniz ve kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

ŞİKÂYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep / Sebepleri

Gerçekleştirilecek Faaliyet

Değerlendirme Sonucu

Şikâyeti Kapatın

Adı-Soyadı  
Unvanı  
Tarih

İmza