



SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI
ŞİKAYET FORMU (*)

Sayfa No:1/1

Birim / Bölüm:

1. Hizmet Aldığınız Birimin Adı:

2. Hizmet Aldığınız Tarih:

3. Laboratuvarımıza Geliş Nedeniniz:

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

4. Şikayetin Konusu

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

5. Şikayetle İlgili Açıklamalar

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

6. Şikayet İle İlgili Varsa Önerileriniz

7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz

Ad Soyad :
Adres :
Telefon :
Tarih :
İmza :

(Şikayetiniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, adresinizi veya telefonunuzu belirtmeniz gerekmektedir. Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikayetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.)

(*)SHSL şikayetiniz ve kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

Form No: EK-1/2018-01. Bu belge elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5e756a8b-6147-4044-91f0-6da7ee366230 kodu ile eri bilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.