

Takip Numarası:

1. ÖNERİ VE/VEYA ŞİKAYET BİLDİREN KİŞİYE AİT BİLGİLER*Eğer öneri ve şikayetlerinizi isimsiz olarak bildirmeyi tercih ediyorsanız bu bölümü boş bırakabilirsiniz.*

Ad-Soyad	:	
Tarih	:	
İletişim bilgileriniz <i>Tercih ettiğiniz iletişim yoluna göre doldurunuz</i>		
Posta	:	
Telefon	:	
E-posta	:	

2. ŞİKAYET VE/VEYA ÖNERİ AÇIKLAMALARI

Amaç	:	Öneri <input type="checkbox"/>	Şikayet <input type="checkbox"/>			
Şikayet/Öneri Açıklaması						
Şikayet konusunun meydana geldiği tarih ve sıklık	<input type="checkbox"/>	Bir kez (Tarih:.....)	<input type="checkbox"/>	Birden fazla (Kaç kez:.....)	<input type="checkbox"/>	Devam ediyor (.....)
Sorunun giderilebilmesi için önerileriniz nelerdir?						
Kayı Gerçekleştiren	:	Öneri/Şikayet Bildiren Kişi <input type="checkbox"/>	Diğer/İsim Belirtiniz <input type="checkbox"/>			

3. ÖNERİNİN DURUMU (Bu bölüm değerlendirmeyi yapan kişi tarafından doldurulacaktır)

Öneri Kaydedildi	<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır
Cevaplanması Gerekli	<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır
Önerinin sunulduğu tarih	:			
Önerinin cevaplandığı tarih	:			
Kaydeden	:			

4. ŞİKAYETİN DURUMU (Bu bölüm değerlendirmeyi yapan kişi tarafından doldurulacaktır)

Şikayet Kaydedildi	<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır			
Şikayetin sunulduğu tarih	:						
Önem Derecesi	:	<input type="checkbox"/>	Çok	<input type="checkbox"/>	Orta	<input type="checkbox"/>	Az
Şikayetin cevaplandığı tarih	:						
Şikayetin kapatılma durumu	<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır			
Kaydeden	:						
Kapanma tarihi ve imza	:						