



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
HASTA GÖRÜŞ ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU



Kodu: HHD.FR.01 Yayın Tarihi:01.11.2018 Revizyon Tarihi: Revizyon No Sayfa no/Sayfa Sayısı:1/1

ADI SOYADI:

TELEFON NO:

TARİH:

Görüş, Öneri ve Şikayetler

NOT: Her türlü istek,dilek,temenni ve teşekkürleriniz için **Hasta Hakları Birimini** ziyaret edebilirsiniz.

HAZIRLAYAN:

Hasta Hakları Birimi

KONTROL EDEN:

Kalite Direktörü

ONAYLAYAN:

Dekan