

 HTSM	ŞİKAYET FORMU	Tarih:
		Sayfa No: 1/1
Birim/Bölüm:	Hollanda Türk Sağlık Merkezi – Turks Medisch Centrum	

Şikayeti Yapanın Adı Soyadı	
Adres/Telefon/e-mail	
Şikayet Edilen Birim/Kişi	
Şikayet/İtiraz Nedeni	
Açıklama:	
Önerileriniz:	

Not: Bu şikayette vermiş olduğunuz bilgiler gizli tutulacak olup, izlenen yol ve değerlendirme sonucu tarafınıza bildirilecektir. Yapmış olduğunuz şikayetler kurumumuzun kendini geliştirmesi için önemlidir. Lütfen bu doğrultuda doğru bilgiler vermeniz rica olunur.

.../.../20...
İmza