

	<b>İTİRAZ ŞİKAYET FORMU</b>	Doküman No	FR-022
		İlk Yayın Tarihi	01.10.2021
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	00

KAYIT NUMARASI:	KAYIT TARİHİ:	KAYDI ALAN PERSONEL:	İTİRAZ <input type="checkbox"/>
			ŞİKAYET <input type="checkbox"/>
<b>İTİRAZ/ŞİKAYETSAHİBİNİN BİLGİLERİ</b>			
ADI SOYADI:		T.C. KİMLİK NUMARASI:	
İLETİŞİM ADRESİ:			
E-POSTA ADRESİ:		TELEFON NUMARASI:	
İTİRAZ/ŞİKAYETE KONU OLAN OLAY:			
İTİRAZ/ŞİKAYETLE İLGİLİ YAPILAN İŞLEMLER:			
<b>GENEL MÜDÜR</b>		<b>TARİH</b>	

\*Kırmızı ile belirtilen alanlar Sağlık-Der Mesleki Belgelendirme Merkezi tarafından doldurulacaktır.

\* İtirazın/Şikayetin sözlü olarak gelmesi durumunda Sekreter tarafından kayıt altına alınacaktır.

\*Değerlendirme sonucu, yukarıda belirtilen telefon ile itiraz/şikayet sahibine sözlü olarak bildirildikten sonra 15 (onbeş) gün içerisinde mail yada iletişim adresine yazılı olarak ulaştırılacaktır.

\*İtiraz/Şikayet sahibinin yapılan işlemlerden tatmin olmaması durumunda ilgili olay İtiraz ve Şikayet Komitesine gönderilecektir. Form, itiraz/şikayet sahibine ulaştıktan sonra komite değerlendirmesi istenirse 10(on) gün içerisinde tarafımıza gönderilmelidir.

<b>İTİRAZ ŞİKAYET KOMİTESİ GÖRÜŞLERİ:</b>	
<b>NIHAİ KARAR</b>	<b>GENEL MÜDÜR İMZA TARİH</b>