

Bilgi Talebi ve Geri Bildirim Formu

 Tarih:

|  |  |
| --- | --- |
| Mesaj kategoriniz (bilgi talebi, istek, öneri, şikâyet, teşekkür, veri talebi) gibi... |  |
| Kimsiniz (personel, hasta, hasta yakını) ... |  |
| Adınız ve Soyadınız \* |  |
| İkamet Ettiğiniz il, ilçe (veya ülke) |  |
| E-Posta Adresi |  |
| Telefon Numarası |  |

 **Mesajınız:**

|  |
| --- |
|  |

Değerli Başvuru Sahibi, Sizden gelen konular bizler için çok önemli olup mutlaka dikkate alınacaktır.

Öncelikle, mesaja cevap vermek kısa da olsa belirli bir süre (en geç takip eden mesai günü) gerektirdiğinden, acil sağlık ihtiyacınızda telefon aracılığıyla hekim veya yetkililerimize başvurmanızın daha uygun olacağını hatırlatırız.

Mesaj formumuz üzerinden paylaştığınız konu, yazılı muhatabına iletilecektir.

Mesajın alınması ve cevap verilmesi işlemlerinde, işleyişimiz gereği ilgili kalite ve kayıt personellerimiz veri işleme sürecine dâhil olacaklardır.

Yazılı e-posta veya telefon aracılığıyla size geri dönüş yapılacaktır.

Yine işleyişimiz gereği başvuru tarihinden bir ay sonra tüm mesaj içeriği sistemden silinecektir.

Sağlıklı günler dileriz.

**Kalite Birimi**