



## ŞİKAYET VE İTİRAZ BAŞVURU FORMU

TARİH:

☐ ŞİKAYET:

☐ İTİRAZ:

Kuruluş Adı :

Yetkili Kişi :

KALTEST QA'dan Alınan Hizmet

Şikayet/İtiraz Konusu:

Şikayeti/İtirazı Alan/İsim/İmza:

Bu bölüm KALTEST QA tarafından doldurulacaktır.

Şikayet/İtiraz Sonucu Yapılan Faaliyet:

Tarih:

İsim/İmza:

TAKİP:

Şikayet Sonucu

- ☐ Sonuç ilgili tarafa iletildi  
☐ Şikayet sona erdi  
☐ Şikayet sona ermedi (itiraz)

TARİH:

İtiraz Sonucu

- ☐ Sonuç ilgili tarafa iletildi  
☐ İtiraz sona erdi  
☐ İtiraz sona ermedi

TARİH:

Şikayet ve itirazlara ilişkin değerlendirme süreci, başvurunun alınmasından itibaren en geç 15 (on beş) iş günü içinde tamamlanır. Nihai karar, şikayet ve itiraz formu, e-posta ve/veya telefon yoluyla Sağlık Hizmet Sunucusuna bildirilir.

Şikâyet ve itiraz, Sorumlu Müdür veya Yönetim Temsilcisi ile ilgili ise şikâyetin ve itirazın değerlendirilmesi ve şikayet/itirazı karara bağlayacak kişileri Genel Müdür atar. Şikâyet ve İtirazlara ilişkin Sağlık Hizmet Sunucusu bilgilendirmesi Yönetim temsilcisi, sorumlu müdür ve/veya görevlendirdiği bir kişi tarafından Sağlık Hizmet Sunucusu şikayet ve itiraz formu ile, e-mail ile ve/veya telefon ile yapılır.