İKİTELLİ ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSÜ PROJESİ- GÖRÜŞ/ŞİKAYET BİLDİRİM FORMU

GÖRÜŞ VE/VEYA ŞİKAYETİ SUNAN KİŞİ HAKKINDA BİLGİ (İsminizi vermek istemiyorsanız lütfen burayı boş bırakın. Görüş/şikayetleriniz İstanbul PPP Sağlık Yatırım A.Ş. tarafından değerlendirilecektir.)

İsim Soyisim:

Tarih:

İrtibat Bilgisi: (Lütfen sizinle nasıl irtibat kurulmasını istediğinize dair gerekli bilgileri verin)

Posta ile …….

Telefonla ……

E-posta ile……

Amacınızı belirtin: ☐ Görüş ☐ Şikayet **Kaydeden :** ☐ Görüş/şikayeti sunan kişi ☐ Diğer (lütfen kim olduğunu belirtin)	**Doldurulmuş Görüş/Şikayet Bildirim Formunun kopyasının alındığını teyit eden imza**

PROJE HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİZ (Gerekirse sayfanın arka tarafında devam edin)

ŞİKAYETİNİZ HAKKINDA BİLGİ

Şikayetinizi Anlatın (Gerekirse sayfanın arka tarafında devam edin)

Şikayete Konu Olan Olayın Tarihi

☐ Tek seferlik olay/şikayet (Tarih ……)

☐ Birden fazla oldu (kaç defa? ……)

☐ Devam ediyor (problem halihazırda yaşanıyor)

Problemin çözümü için ne önerirsiniz? (Gerekirse sayfanın arka tarafında devam edin)

Bu bölüm İstanbul PPP Sağlık Yatırım A.Ş. tarafından doldurulacaktır.

GÖRÜŞLE İLGİLİ DURUM

Görüş Kaydedildi (E/H)	**İletim Tarihi:**	**Kaydeden:**
Yanıt gerekiyor (E/H)	**Yanıtın gönderim tarihi:**	

STATUS OF COMPLAINT

Şikayet Kaydedildi (E/H)	**İletim Tarihi:**	**Kaydeden:**
Yanıtın gönderim tarihi:	**Şikayet kapatıldı (E/H):**	**Kapanış tarihi ve imzası:**

İstanbul PPP Sağlık Yatırım A.Ş.
Başakşehir mah. G-432 Bulvarı No: 2/B Başakşehir / İstanbul
Telefon: 0312 441 31 41
info@rsy.com.tr