**Laboraturamızdan almış olduğunuz hizmetlere ilişkin genel görüş, şikayet ve önerileriniz.**

**Bu bölüm müşteri tarafından doldurulacaktır.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Şirket Adı:** | **Adres:** | **Telefon :**  **E-mail :**  Faks : |
| **Başvuru Tarihi:** | **Müşteri Kayıt No:** | **Rapor Teslim Tarihi:** |

1. Hizmetlerle İlgili Yapılan Ön Bilgilendirme Yeterli miydi?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Talep Ettiğiniz Hizmetler Belirtilen Sürede Gerçekleşti mi?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Gerektiğinde Yetkililere Ulaşabildiniz mi?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Laboratuvarda Kullanılan Cihazlar, Metotlar ve İlgili Personel İsteklerinizi Karşılıyor mu?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Verilen Hizmetlere Yönelik Şikayetleriniz Değerlendirilip Çözümleniyor mu?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Genel Olarak Verilen Hizmetlerden Memnun musunuz?

😊Çok İyi 😏İyi 😐Orta 😒Kötü ☹Çok Kötü

1. Diğer görüş ve düşünceleriniz varsa belirtiniz

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

**Memnuniyet ve Şikayet Değerlendirme Bilgileri:**

**Bu bölüm İÜ-MMB ADL tarafından doldurulacaktır.**