



T.C. Sağlık Bakanlığı
NEVHSL

MÜŞTERİ GÖRÜŞ ÖNERİ VE ANKET FORMU

TARİH: .../.../20...

| | Çok iyi | İyi | Orta | Kötü | Çok kötü |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Genel olarak verilen hizmetlerden memnun musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Verilen hizmetler ile ilgili bilgi talep edildiğinde tatmin edici cevaplar veriliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Analiz işlemleri belirtilen zaman içerisinde tamamlanıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Çalışanların sizinle iletişimleri uygun mudur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. NEVHSL olarak tarafsızlık, gizlilik ve dürüstlük ilkelerine özen gösterdiğini düşünüyor musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. NEVHSL olarak Verdiğimiz hizmetin daha iyi olabilmesi için önerileriniz/beklentileriniz nelerdir? | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | | | | |

Size geri dönüş yapabilmemiz için kimlik/iletişim bilgileriniz

Ad Soyad :

Kurumunuzun/Firmanızın Adı :

Telefon :

E-posta :

* Formun çıktı alındıktan sonra doldurularak Kurumumuza teslim edilmesi gerekmektedir.