



İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI

MÜŞTERİ ANKET FORMU

Sayın İlgili ;

Laboratuvarımızın sahip olduğu TS EN ISO/IEC 17025: 2017 ' **Deney Laboratuvarlarının Yetkinliği İçin Gerekli**ler' standardı akreditasyonu çerçevesinde, size daha iyi hizmet verebilmek ve hizmet kalitesini geliştirebilmek açısından, aşağıdaki anket sorularını cevaplayarak [diyarbakir.hsl@saglik.gov.tr](mailto:diyarbakir.hsl@saglik.gov.tr) e-posta adresine veya [www.diyarbakirism.saglik.gov.tr](http://www.diyarbakirism.saglik.gov.tr) adresinden ilgili forma ulaşarak tarafımıza göndermenizi rica ederiz.

Müşteri Adı (Kaşe )	Tarih : .../ ... / 201...
Müşteri Adresi	
Müşteri iletişim Tel ve e mail	
Müşteri İmza	

SORULAR	DEĞERLENDİRMELER				
	Çok iyi (5)	İyi (4)	Orta (3)	Kötü (2)	Çok kötü (1)
<b>MÜŞTERİ HİZMETLERİ:</b>					
İlgili kişiye rahatlıkla ulaşabildiniz mi?					
Sorularınıza tatmin edici cevaplar alabildiniz mi?					
Bilgilendirme ve iletişim seviyesi yeterli mi?					
Laboratuvar hizmetinden tekrar yararlanmayı düşünüyor musunuz?					
Hizmetin verildiği ortam ve alt yapı uygun mu?					
Laboratuvarımızın gizlilik ilkelerine bağlı kaldığını düşünüyor musunuz?					
Şikâyetlerinizin cevaplandırılması hızlı ve tatmin edici mi?					
<a href="http://www.diyarbakirism.saglik.gov.tr">www.diyarbakirism.saglik.gov.tr</a> web adresimiz içerik açısından yeterlimi?					
<b>TEKLİF/ SÖZLEŞME:</b>					
Talep Teklif ve Sözleşme Formunda verilen bilgiler yeterince açık mı?					
Hizmet Fiyat Listemiz yeterince açık ve anlaşılır mı?					
<b>DENEY FAALİYETLERİ:</b>					
Deney metotlarımız ihtiyacınıza uygun mu?					
Deney ile ilgili teknik kadromuzun bilgilendirme düzeyi?					
Deney sonuçlarını güvenilir buluyor musunuz?					
<b>RAPORLAMA:</b>					
Raporlar zamanında tarafınıza ulaştı mı? (Sonuç verme süremiz)					
Rapordaki bilgiler yeterince açık ve anlaşılır mı?					
Rapordaki bilgiler talebe uygun mu?					
Yukarıdaki sorulara ek olarak olumlu veya olumsuz yönlerimizi aşağıdaki boş alanı kullanarak değerlendirebilir misiniz?					

Değerlendirme:	Adı Soyadı Tarih / imza	No:201... /MAF-.....
		DF Açıldı mı? <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR DF No: .....
(Bu bölüm Diyarbakır Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından doldurulacaktır.)		