



HASTA HAKLARI ŐIKAYET VE ÖNERİ BAŐVURU FORMU

ÖZEL NEFRO BOLU
DİYALİZ MERKEZİ

Doküman Kodu: HD.FR.001 Yayın Tarihi: 01.01.2018 Revizyon Tarihi: 01.11.2021 Revizyon No:01 Sayfa: 1/1

Kişisel bilgilerinizin doldurulması ZORUNLU DEĞİLDİR.

GÖRÜŐ BİLDİREN

Tercih ederseniz "Mesajınız" kısmından önceki maddeleri doldurabilirsiniz.

AD-SOYAD

TELEFON

e-mail

ADRES

MESAJINIZ