|  |
| --- |
| Görüşlerinizin değerlendirilebilmesi için lütfen ad, soyad ve telefon numaranızı yazınız. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Aidata\Desktop\aibu_dis_logo.png | | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  HASTA VE YAKINLARI DİLEK, ŞİKAYET VE ÖNERİ FORMU | | | | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO | |
| HHD.FR.01 | 01/01/2017 | | 1 | 21/07/2017 | 1 | |

|  |
| --- |
| Görüşlerinizin değerlendirilebilmesi için lütfen ad, soyad ve telefon numaranızı yazınız. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |