|  |
| --- |
| 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. |
|  |
|  |
|  |
|   |
|  |