



**KARADENİZ  
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
İlaç ve Farmasötik Teknoloji  
Uygulama ve Araştırma Merkezi

**İLAFAR**

**GERİ BİLDİRİM FORMU**  
**FEEDBACK FORM**

Doküman No: FR-033-KY  
Document No: FR-033-KY

İlk Yayın Tarihi: 12.08.2019  
Date of Issue: 12.08.2019

Rev. No/Tarih: 02/13.10.2020  
Rev. No/Date: 02/13.10.2020

Sayfa No: 1/1  
Page No: 1/1

**BAŞVURU**  
**APPLICATION**

Memnuniyet  
Satisfaction

Dilek  
Compliment

Öneri  
Suggestion

Şikayet  
Complaint

Adı/Soyadı:  
Name/Surname:

Tarih:  
Date:

İletişim Bilgileri (e-posta/Telefon No):  
Contact Information (e-mail/Phone No):

Konu:  
Subject:

**DEĞERLENDİRME**  
**EVALUATION**

**FAALİYET PLANI**  
**ACTIVITY PLAN**

Faaliyet Activity	Sorumlu Responsible	Hedeflenen Tarih Target Date	İmza Signature

**GERİ BİLDİRİM**  
**FEEDBACK**

Geri Bildirim Yapan Personelin Adı Soyadı:  
Name/Surname Feedback Staff:

Tarih:  
Date:

Varsa görüş ve önerilerinizi yazınız, teşekkürler.  
Please write your comments and suggestions, if you have any, thank you.

Açıklama:  
Comment: