



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: KY.FR.04
Yayın Tarihi : 30/09/2011
Revizyon Tarihi:
Revizyon No : 00

ÖZ DEĞERLENDİRME DUYURU FORMU

Öz Değerlendirmeyi Yapacak Personeller

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....

...../...../..... Tarihinde yukarıda belirlenen personeller tarafından Hizmet Kalite Standartları kapsamında Öz Değerlendirme yapılacaktır. Belirtilen tarihe kadar çalışmalarınızı tamamlamanızı önemle rica ederim.

Baştabip

DEĞERLENDİRME KAPSAMINDAKİ BÖLÜMLER

SN	Bölüm	Bölüm Sorumlusu	Tarih	İmza
1			.../.../.....	
2			.../.../.....	
3			.../.../.....	
4			.../.../.....	
5			.../.../.....	
6			.../.../.....	
7			.../.../.....	
8			.../.../.....	
9			.../.../.....	
10			.../.../.....	
11			.../.../.....	
12			.../.../.....	
13			.../.../.....	
14			.../.../.....	
15			.../.../.....	
16			.../.../.....	
17			.../.../.....	
18			.../.../.....	
19			.../.../.....	
20			.../.../.....	