|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tarih:**  | **Saat:** |  |  |
| **Geri Bildirim Türü:** | Şikâyet | Memnuniyet | Öneri/İstek  |
| **Ad-Soyad:** |  | E-Posta: |  |
| **Cep Tel:** |  | İleteceği Birim: |  |
| **Paydaş Türü:** | Öğrenci:  | Personel:  | Diğer:  |

**Konu:**

**Açıklama:**

***Not:*** *Yapmış olduğunuz geri bildirimleriniz Kalite Koordinatörlüğü tarafından ilgili birim/birimlere iletileceği için geri bildiriminize ait çalışmalar 7 ila 15 gün arasında değişebilmektedir. Aciliyet gerektiren geri bildirimleriniz için lütfen* *kalite@kastamonu.edu.tr* *adresini ziyaret ediniz.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **T.C.****KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ****Geri Bildirim Formu** | Doküman No | KYS-FRM-179 |
| İlk Yayın Tarihi | 05.07.2021 |
| Revizyon Tarihi | 17.10.2022 |
| Revizyon No | 01 |
| Sayfa No | 1/1 |
| **Tarih:**  | **Saat:** |  |  |
| **Geri Bildirim Türü:** | Şikâyet Memnuniyet  | Öneri/İstek  |   |
| **Ad-Soyad:** |  E-Posta: |  |  |
| **Cep Tel:** |  İleteceği Birim: |  |  |
| **Paydaş Türü:** | Öğrenci: Personel:  |  Diğer: |   |

**Konu:**

**Açıklama:**