HTPG/SPK/FORM 12/2004(Pin.2/14)

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL TAIPING

BORANG MAKLUM BALAS PELANGGAN

Nama Penuh : _____
_____
No. K/P : _____
Alamat : _____
_____

Tarikh : _____
Lokasi : _____
Telefon : _____
E-mel : _____

Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan:

☐ Aduan ☐ Penghargaan ☐ Cadangan ☐ Pertanyaan ☐ Permohonan

Butiran maklum balas:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nota : Terima kasih atas maklum balas anda.

1. **Mohon isi borang ini dengan menggunakan huruf besar.**
2. **Mohon berikan maklumat yang lengkap untuk tindakan susulan.**
3. **Mohon kemukakan semula borang ini ke dalam peti maklum balas yang disediakan.**

Tandatangan,

.....

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja
Tarikh Terima : _____