

BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA

BORANG MAKLUMBALAS PELANGGAN PERKHIDMATAN PERGIGIAN

Klinik Pergigian:..... No. Aduan: PTPKN (G)/ MT/ AG/ Jas/.....
(Bil/ Tahun)

Sila gunakan borang ini sekiranya anda ingin memberi maklumbalas tentang mana-mana aspek perkhidmatan yang kami berikan. **SEGALA MAKLUMAT YANG ANDA BERIKAN ADALAH SULIT.** Terima Kasih .

Sila catatkan nama , alamat dan nombor telefon sekiranya anda ingin mendapatkan jawapan.

Nama:

Alamat:

Nombor Telefon:

Tarikh:

Sila letakkan borang ini dalam peti cadangan yang disediakan ATAU kirimkan kepada:

.....
.....
.....

Tarikh aduan diterima: