

BORANG PENILAIAN PRESTASI BEKALAN PERKHIDMATAN OLEH PEMBEKAL SWASTA

KLINIK PERGIGIAN :

Nama Pesakit :

No. Kad Pengenalan :

Jenis Perkhidmatan/Pembelian Apliance Pergigian : *Korona/Jambatan/Implan/Dentur/Splin/Lain-lain (nyatakan).....

Nama & Alamat Pembekal Swasta :

Kos Bayaran Pembekal Swasta : RM.....

Tarikh Penghantaran :

Tarikh Penerimaan :

Kriteria	Skor Penilaian*	Catatan
Kualiti Bekalan		
Ketepatan Masa (Tempoh Penghantaran Perkhidmatan)		
Perkhidmatan Susulan (Khidmat Sokongan)		

*Skor Penilaian:

SKOR	KUALITI BEKALAN	KETEPATAN MASA (TEMPOH PENGHANTARAN PERKHIDMATAN)	PERKHIDMATAN SUSULAN (KHIDMAT SOKONGAN)
5	Sangat memuaskan	Sangat memuaskan	Sangat memuaskan
4	Memuaskan	Memuaskan	Memuaskan
3	Agak memuaskan	Agak memuaskan	Agak memuaskan
2	Agak tidak memuaskan	Agak tidak memuaskan	Agak tidak memuaskan
1	Tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Tidak memuaskan
TB	Tidak Berkenaan		

Catatan:

- Sila gunakan lampiran tambahan sekiranya ruangan tidak mencukupi untuk Penilaian Prestasi Bekalan Perkhidmatan. Senarai semak kualiti disediakan mengikut keperluan bekalan masing-masing.
- Jika penilaian adalah (1) atau (2), sila beri ulasan dalam ruangan catatan.

Tandatangan:

Nama Pakar/Pegawai Pergigian:

Tarikh:

Penilaian oleh pesakit:

Saya *berpuas hati / tidak berpuas hati dengan aplians pergigian yang diterima.

Catatan: Penilaian hanya bagi aplians pergigian yang boleh dilihat/disentuh oleh pesakit. Bagi aplians seperti plat dan skru, implan pergigian, rantai emas (pergigian) dan sebagainya, tidak perlu penilaian oleh pesakit.

Tandatangan:

Nama *Pesakit/Penjaga:

Nombor Kad Pengenalan *Pesakit/Penjaga:

Tarikh:

*Potong mana yang tidak berkenaan.