

## 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 &amp; 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.