

فرم طرح شکایت

شماره رسید:

تاریخ دریافت شکایت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بیمارستان/شبکه

مشخصات شاکی

نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره همراه: تلفن منزل:

آدرس محل سکونت:

نام فردی که از طرف شما پیگیر شکایت می باشد: شماره همراه:

مشخصات متشاکی

نام و نام خانوادگی: شماره اتاق: مسوولیت:

شرح شکایت

پیوست دارد؟ بلی خیر

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ادامه در پشت برگ

امضاء

ادامه شرح شکایت:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

اقدامات صورت گرفته

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

نتیجه بررسی در تاریخ های ، ، ، به شاکی یا پیگیری کننده شکایت، اطلاع داده شد.

..... نظر شاکی:

.....

.....

شکایت مختومه شد شکایت به مراجع بالا تر ارجاع داده شد

شماره نامه ارجاع داده شده به مراجع بالاتر.....

شماره نامه تذکر داده شده به متشاکی

امضاء شاکی