



فرم طرح شکایت

شماره پیگیری:

تاریخ دریافت شکایت:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

نام واحد

مشخصات شاکی

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

آدرس محل سکونت:

نام بیمار: نام بخش بستری: شماره پرونده:

مشخصات متشاکی

نام و نام خانوادگی: محل خدمت: سمت:

شرح شکایت

پیوست دارد؟ بلی خیر

تعداد برگ و صفحه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

ندارد دارد پیوست: دارد

پاسخ متشاکي

تعداد برگ و صفحه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

نتيجه بررسی

رضایت طرفین (رضایت نامه امضاء شده) تاریخ

تذکر به متشاکي شماره نامه

ارجاع به مقامات بالاتر شماره نامه

شکایت ناوارد

توضیحات

.....

.....

.....