



فرم طرح شکایت

شماره پیگیری:

تاریخ: ساعت:

اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات 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 / کار:

کد پستی: شغل: (در صورت نامعتبر بودن مشخصات شاکی و یا شماره تماس ایشان، شکایت پیگیری نخواهد شد)

نام بیمار: نام بخش بستری: شماره پرونده:

آیا شکایت خود را از مراجع دیگری پیگیری نموده اید؟ لطف نام آن مرجع را بنویسید؟

درخواست و یا خواسته مورد انتظار شما چیست؟

مشخصات متشاکی

نام واحد یا شخص متشاکی: محل خدمت متشاکی: سمت:

پیوست دارد؟ بلی خیر

شرح شکایت

تعداد برگ و صفحه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

تاریخ