



فرم طرح شکایت

شماره پیگیری:

مدیریت بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

تاریخ: ساعت:

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: شماره بخش بستری: شماره پرونده:

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

درخواست یا خواسته مورد انتظار شما چیست؟.....

مشخصات شاکی

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

شرح شکایت

پیوست دارد؟ بلی خیر

تعداد برگ و صفحه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

تاریخ