



## 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  ندارد

## پاسخ متشاکي

تعداد ..... برگ و ..... صفحه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء

## نتيجه بررسي

رضاييت طرفين (رضاييت نامه امضاء شده)  تاريخ .....

تذکر به متشاکي  شماره نامه .....

ارجاع به مقامات بالاتر  شماره نامه .....

شکاييت ناوارد

توضيحات

.....

.....

.....