



## 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