دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم شکایت یا درخواست مردمی

|  |
| --- |
| مشخصات اشخاص حقیقی |
| ماهیت نامه: شکایت \* گزارش پیشنهاد و انتقاد |
| نوع شکایت:**زمان انتظار دریافت خدماتشکایت از نحوه کیفیت خدمات پزشکیشکایت از نحوه و کیفیت خدمات پرستاری، بیمارستان و شبکهشکایت از هزینه های درمانی ،امور رفاهی و وضعیت عمومی بیمارستان و شبکه بهداشت شکایت از نحوه برخورد کارکنان بیمارستان و شبکهسایر موارد** |
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | شماره شناسنامه : |
| تاریخ تولد : | کد ملی : | کد پستی: | میزان تحصیلات: |
| در صورتيكه تمايل داريد از نتيچه امر مطلع گرديد حتماً شماره تلفن و آدرس خود را مرقوم بفرمائيد. |
| آدرس محل اشتغال: تلفن: |
| آدرس محل سکونت : تلفن: |
| این قسمت توسط شاکی یا متقاضی تکمیل گردد. | وضعیت خاص:خانواده شهيد جانباز آزادهرزمندهروحانيمعلولبي سرپرستيتيمتحت پوشش مركز امدادي |
| آیا سابقه طرح شکایت یا درخواست از این دستگاه را داشته اید؟ بلی خیر آیا شکایت شما پیرامون موضوع قبلی مجددا تکرار شده ؟ بلی خیر تاریخ درج شکایت یا در واست در مرحله قبل : روز.........................ماه .........................سال....................... |
| خلاصه موضوع شکایت: تاریخ: امضاء: |
| **دسترسی به نظام کارآمد و رسیدگی به شکایات حق بیمار و ارباب رجوع می باشد (منشور حقوق بیمار و ارباب رجوع)** |
|  |