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)** | | | | | |
|  | | | | | | |