



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