

شماره

Empty box for identification number

باسمه تعالی

فرم رسیدگی به شکایات درمانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس

اداره نظارت بر امور دندانپزشکی

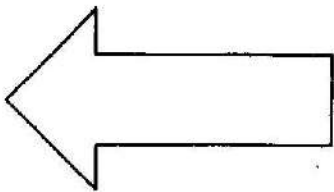
همانا حوائج مردم به شما از نعمت های خداوند است ، از نعمت های خداوند اندوهگین نشوید

نام و نام خانوادگی شاکی : نام پدر : شماره شناسنامه : سال تولد:

مرکز درمانی یا فرد مورد شکایت :

موضوع شکایت :

شرح شکایت :



برای همین موضوع قبلا به کدام مراجع قانونی یا قضایی شکایت کرده اید؟

مدارک ضمیمه (نوع مدارک را بنویسید)

تلفن ثابت :	تاریخ :
تلفن همراه :	امضاء و اثر انگشت :
نشانی :	
نظریه کارشناس : قابل اقدام :	غیر قابل اقدام :
علت یا اسناد قانونی :	
تاریخ : نام و نام خانوادگی :	امضاء :
نسریه مسئول اداره نظارت بر امور دندانپزشکی :	
تاریخ : نام و نام خانوادگی :	امضاء :
تاریخ ارسال پاسخ کتبی در صورت استعلام به مراجع ذیربط:	

این قسمت توسط اداره نظارت بر امور دندانپزشکی تکمیل گردد.