

باسمه تعالی

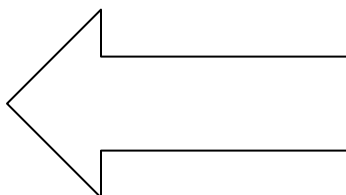
فرم رسیدگی به شکایات درمانی

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 :	
این قسمت توسط اداره نظارت بر امور دندانپزشکی تکمیل گردد.	نظریه کارشناس : قابل اقدام : غیر قابل اقدام :
علت یا اسناد قانونی :	تاریخ : نام و نام خانوادگی : امضاء:
نظریه مسئول اداره نظارت بر امور دندانپزشکی :	تاریخ : نام و نام خانوادگی : امضاء:
تاریخ ارسال پاسخ کتبی در صورت استعلام به مراجع ذیربط:	