|  |  |
| --- | --- |
| در صورت تمایل کامل کنید؛ بر کردن شماره تلفن جهت پیگیری توصیه می‌گردد.  نام: نام خانوادگی: تحصیلات: شغل:  شماره تماس و آدرس:......................................................................................................................................................................... | شاکی / درخواست‌کننده: |
| نام واحد / فرد مورد نظر: تاریخ و ساعت طرح شکایت:  شرح شکایت / انتقاد /پیشنهاد:..................................................................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................................................................................................  امضا ثبت کننده شکایت: | این قسمت توسط شاکی تکمیل می‌گردد: |
| پیشنهاد شما جهت کاهش یا پیشگیری از بروز مجدد این مشکل چیست؟ | پیشنهاد طرح |



شماره تماس واحد رسیدگی به شکایات طبق فلوچارت:

ساعت اداری: تماس با شماره تلفن تلفن ۰۶۶۴۴۳۴۴۹۰ داخلی 264 واحد رسیدگی به شکایات

ساعات اداری: تماس با شماره تلفن ۰۶۶۴۴۳۴۴۹۰ داخلی ۲۳۲ واحد مدد کاری

ساعات غیر اداری: تماس با شماره تلفن ۰۶۶۴۴۳۴۴۹۰ داخلی ۲۱۷ واحد دفتر پرستاری

مراجعه کننده محترم لطفا به فلوچارت رسیدگی به شکایات در کنار جعبه ارسال فرم دقت فرمایید.

درخواست‌کننده محترم:

این قسمت را جدا و نزد خود نگه دارید و جهت پیگیری شکایت خود یک هفته بعد از طریق کد رهگیری اقدام نمایید.

کد رهگیری: تاریخ و ساعت طرح شکایت:

فرم رسیدگی به شکایت

کدرهگیری: تاریخ:

کد: CP-ML-01

تاریخ آخرین ابلاغ: 30/08/03

تاریخ آخرین ابلاغ: 30/08/03

تحت پوشش کلیه بخشها و واحدهای درمانی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان بیمارستان امام علی (ع)