

بیمارستان شهید بهشتی قم	عنوان فرم: فرم رسیدگی به شکایات مشتریان	شماره فرم : MO-FO-18 شماره وی ایش : A
این قسمت توسط شاکی تکمیل می گردد	<p>نام بیمار/ مراجعه کننده: نوع شکایت: <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> کتبی <input type="checkbox"/> حضوری تاریخ دریافت پیشنهادات/ انتقادات: شرح شکایت/انتقاد/پیشنهاد: امضاء تکمیل کننده:</p>	
مدیریت	<p>آقای/ خانم مسئول واحد: لطفاً موضوع شکایت را بررسی و نتایج را به اینجانب حداکثر تا تاریخ گزارش نمایید. تاریخ و امضا مدیریت بیمارستان:</p>	
این قسمت توسط واحد مسئول تکمیل می گردد	<p>مدیریت بیمارستان: با احترام نتایج بررسی انجام شده در خصوص شکایت مطروحه فوق به شرح ذیل/ پیوست به استحضار می رسد: و به طور خلاصه: <input type="checkbox"/> شکایت مورد بلنید می باشد. <input type="checkbox"/> شکایت مورد تایید نمی باشد. تاریخ و امضا مسئول واحد:</p>	
مدیریت	<p>آقای/ خانم مسئول واحد: با توجه به نظرات فوق اقدامات ذیل را حداکثر تا تاریخ انجام نمایید. تاریخ و امضا:</p>	
نماینده مدیریت	<p>نتیجه اقدامات انجام شده/ پاسخ به شاکی: تاریخ و امضا:</p>	