

مشخصات شاکی	
نام و نام خانوادگی بیمار :	سن: کدملی : کد پستی:
محل دریافت خدمت: مطب O بیمارستان O درمانگاه O مرکز بهداشت O آدرس محل خدمت:	
تلفن ثابت شاکی:	تلفن همراه:
آدرس محل کار یا منزل شاکی:	تاریخ مراجعه جهت درمان سرپایی/ بستری :
تاریخ ترخیص:	
در صورت پرداخت مبلغ خارج از عرف یا مازاد تعرفه نحوه پرداخت چگونه می باشد: چک و شماره و تاریخ:	
واریز بانکی O (شماره حساب	تاریخ...../...../.....) غیر نقدی/سایر
مشخصات قیم/وکیل:	
نام:	نام خانوادگی:
کدملی:	تلفن همراه:
آدرس:	ثابت:
مشخصات متشاکی	
نام و نام خانوادگی:	عنوان/تخصص :
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
	شماره نظام:
موضوع شکایت:	

مستندات:

اظهارات متشاکي:

پيگيري هاي انجام شده:

نتيجه: