



باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
اداره بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات

فرم شکایت ۹۵/۸

تاریخ مراجعه به اداره بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات:

نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:
استان محل سکونت:	شهرستان:	آدرس:
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:	پست الکترونیکی:
محدوده شکایت (شهرستان/واحد):	نام حوزه/واحد مورد شکایت:	کد پستی:
نام و نام خانوادگی متشاکی (مورد شکایت):	شغل/سمت متشاکی:	
نشانی متشاکی:		
موضوع شکایت:	شرح مختصری از شکایت:	
مستندات پیوست:		

امضاء

نام و نام خانوادگی

تاریخ