 بسمه تعالی

 فرم رسیدگی به شکایات

با سلام و احترام

اینجانب................................... بیمار / همراه بیمار........................................... نام پدر..................... سن ........................ شماره تلفن.......................... ساکن..................... شغل....................از واحد.......................شکوائیه دارم .مبنی بر اینکه

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... تقاضای پیگیری و پاسخگویی دارم.

 امضا شاکی

واحد رسیدگی به شکایات بیمارستان استاد شهریار به صورت 24 ساعته فعال میباشد. صبح ها مسئول رسیدگی به شکایات آقای نیرومند با شماره تماس 43337771 و عصرو شب سوپروایزرین کشیک با شماره تماس 43334660 پاسخگوی شما خواهند بود.