|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | بسمه تعالی |  |  |  |  |  |  |
| دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز |
| اداره بازرسی ، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه |
| فرم پاسخگویی به شکایات واحدهای تابعه دانشگاه |
| نام واحد : | نام و نام خانوادگی مسئول پاسخگویی به شکایات واحد : | تاریخ: |   |
| ردیف | نام و نام خانوادگی شاکی | شماره تلفن شاکی | نام واحد یا فرد مورد شکایت | موضوع شکایت | تاریخ وصول شکایت | تاریخ پاسخگویی | نتیجه رسیدگی |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| امضاء ، نام و نام حانوادگی تنظیم کننده فرم : |  |  | امضاء ، نام نام خانوادگی رئیس واحد: |  |  |  |  |  |  |