|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 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: |  |  |  |  |  |  |