

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فرم شکوائیه



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان

معاونت غذا و دارو

مشخصات شاکی

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

سن:

شغل:

شماره همراه:

نشانی محل کار و تلفن:

نشانی منزل و تلفن:

نام داروخانه مورد شکایت:

نام موسس یا مسئول فنی داروخانه:

تاریخ و ساعت مراجعه به داروخانه:

موضوع شکایت:

* لطفا در صورت تمایل، تصویر نسخه و یا مدارک مورد نظر الصاق گردد .

نوع شکایت واصله: تلفنی حضوری مکاتبه ای ارجاعی

پیگیری کننده: شاکی سایر افراد

نام و نام خانوادگی و امضا گیرنده شکوائیه

نتیجه اقدامات

- به مراجع قانونی ذیربط ارسال گردید.
- رضایت شاکی بوسیله داروخانه جلب گردید.
- شکایت پیگیری شده ولی فاقد جاهت قانونی می باشد.
- به دلیل فقدان مدارک و مستندات شکوائیه قابل پیگیری نمی باشد.