

کد مدرک : FR1123/00

ساعت :

تاریخ :

شماره :

رسیدگی به شکایت مراجع کنندگان



مشخصات مراجعه کننده	نام و نام خانوادگی :	تاریخ مراجعه :	شماره پذیرش :
	تلفن ثابت :	تلفن همراه :	
نوع شکوایه	نحوه آشنایی شما با آزمایشگاه مدیا :		
	این چندمین دفعه مراجعه شما به آزمایشگاه مدیا می باشد؟		
	<input type="checkbox"/>	عدم برخورد مناسب پرسنل پذیرش و جوابدهی:	
	<input type="checkbox"/>	عدم رعایت نوبت دهی :	
	<input type="checkbox"/>	تاخیر نامتعارف در زمان پذیرش و جوابدهی:	
	<input type="checkbox"/>	تاخیر نامتعارف در نمونه گیری:	
	<input type="checkbox"/>	عدم برخورد مناسب پرسنل نمونه گیری:	
	<input type="checkbox"/>	تاخیر نامتعارف در جواب دهی :	
	<input type="checkbox"/>	عدم راهنمایی درست در مورد نحوه نمونه گیری صحیح :	
	<input type="checkbox"/>	عدم رعایت نظافت و بهداشت محیط آزمایشگاه :	
<input type="checkbox"/>	عدم رعایت نظافت و بهداشت سرویس های بهداشتی :		
<input type="checkbox"/>	عدم اطلاع رسانی به موقع:		
<input type="checkbox"/>	سایر :		
شرح مختصری از شکوایه	نحوه دریافت شکوایه : <input type="checkbox"/> حضوری <input type="checkbox"/> تلفنی <input type="checkbox"/> نامه <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پیامک <input type="checkbox"/> شبکه اجتماعی <input type="checkbox"/> فرم شکایت <input type="checkbox"/> سایر		
	شماره فرم :		
برسی اولیه شکایت	تاریخ و ساعت اعلام وصول به مشتری	امضاء مسئول مربوطه	
	گردد شکایت :	مسئول مستقیم :	مسئول پیگیری :
نام و امضاء بررسی کنندگان :			
حداکثر زمان پاسخگویی :			
امضاء مسئول پیگیری :			