

## فرم دریافت شکایات مردمی دانشگاه علوم پزشکی استان هرمزگان

مشخصات فردی شاکی :

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
محل صدور	تاریخ تولد :	میزان تحصیلات
کد ملی :	کد پستی :	تلفن ثابت :
شغل :	محل اشتغال :	تلفن همراه :
آدرس محل اشتغال :		
آدرس محل سکونت :		
نام و آدرس شرکت :		
وضعیت خاص :		

- نام دستگاه یا واحد سازمانی مورد شکایت :

- آیا در مراجع دیگر نیز اقدام به شکایت یا درخواست نموده اید؟ بلی  خیر

خلاصه شکایات یا درخواست :

امضاء یا اثر انگشت :		تاریخ :
----------------------	--	---------

دستور رئیس اداره :	شماره ورود به دبیرخانه اداره بازرسی :
	شماره ورود به دبیرخانه دانشگاه :

--

## فرم دریافت شکایات مردمی دانشگاه علوم پزشکی استان هرمزگان

جهت ارسال شکایات یا درخواست خود پس از تکمیل فرم مربوطه ، آن را به آدرس زیر ارسال نمایید .

آدرس : بندرعباس - بلوار شهید چمران - جنب استانداری - دانشگاه علوم پزشکی  
اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات

کد پستی : ۱۳۸۸۵-۷۹۱۶۶

تلفن : ۰۷۶۱-۳۳۴۴۹۳۶