

فرم نظر سنجی ارباب رجوع موضوع ماده ۸ طرح تکریم مردم

نام دستگاه: بیمارستان دکتر علی شریعتی بخش یا واحد مربوطه

تاریخ مراجعه:

۱- آیا اطلاع رسانی و راهنمایی لازم به صورت شفاف و دقیق برای انجام خدمات مورد درخواست به شما ارائه شده است؟

بلی تا حدودی خیر

۲. نحوه برخورد کارکنان با شما چگونه است؟

بسیار خوب خوب متوسط بد

۳. نام فرد یا افرادی که مناسب ترین برخورد و همکاری را با شما داشته اند مرقوم فرمائید؟

۴- نام فرد یا افرادی که برخورد نامناسبی با شما داشته اند، مرقوم فرمائید؟

۵- آیا خدمت مورد نظر شما در موعد مقرر انجام شده است؟

در صورت تمایل این قسمت را تکمیل کنید؟

نام و نام خانوادگی شماره تماس امضاء

۶- چنانچه درخواست خلاف مقررات از جنابعالی شده است ، لطفا آن را مرقوم فرمائید (با ذکر مورد و فرد مورد نظر)

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده : امضاء.

فرم نظرسنجی را می توانید از طریق پست الکترونیک به آدرس dshh.pr@mums.ac.ir ارسال نمایید.