

فرم رسیدگی به شکایات

نام و نام خانوادگی *

نام پدر

شماره تماس *

مرکز درمانی یا فرد مورد شکایت *

نوع شکایت * درمانی

بهداشتی

تعرفه ای

شرح شکایت *

ارسال

***لطفاً جهت پیگیری شکایات خود با شماره تلفن ۲۲۰۵۰۲۱ تماس حاصل فرمایید**