

پنجابی کمیونٹی ہیلتھ سروسز
ضمیمہ 'B' - شکایت کا فارم

کلینٹ کا نام: _____ تاریخ: _____
(YYYY/MM/DD)

داخلے کی تاریخ: _____ مہینہ _____ سال: _____

عملہ کی تفصیلات (جن کی آپ شکایت کر رہے/رہی ہیں):

نام: _____

عہدہ: _____

وقوع کی تاریخ: _____

وقوع کی نوعیت: _____

(اگر مزید معلومات ہیں تو براہ کرم ایک اور پرچہ منسلک کریں۔)

کلینٹ کے دستخط: _____

تاریخ: _____

وصول کنندہ: _____

شکریہ۔

آپ کو 30 کام کے دنوں (ورکنگ ڈیز) کے اندر آپ کی شکایت کا جواب موصول ہو جائے گا۔