

انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران
Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors

شمارهٔ مدرک: IACLD-F10:00	معتبر از تاریخ: ۹۶/۱۱/۱۱	تاریخ تجدید نظر: ۰۰/۰۰/۰۰	کاربری: نهاد اعتباربخشی	تعداد صفحات: :
فرم رسیدگی به شکایات				

شماره و تاریخ ثبت شکایت:	* نام و آدرس شاکی :
کارشناس رسیدگی:	* شماره تلفن: شماره فکس: نشانی الکترونیکی :
* شرح شکایت با ارائه شواهد:	
امضا درخواست دهنده / تاریخ	
کارشناس رسیدگی: - شکایت مربوط به فرایند اعتباربخشی است و پیگیری های بعدی به اجرا در می آید. - شکایت از آزمایشگاه اکر دیت است و در تاریخ برای مدیر آزمایشگاه ارسال شد. امضا / تاریخ	
کارشناس رسیدگی: نتیجه بررسی ها، حاکی از آن است که موضوع طرح شده ۱- ادعا <input type="checkbox"/> ۲- شکایت <input type="checkbox"/> تشخیص داده شد. شرح اقدامات:	
امضاء و تاریخ:	
مدیر کمیته رسیدگی به شکایت/درخواست رسیدگی مجدد: <input type="checkbox"/> وارد نبودن شکایت به شاکی کتبا اعلام شده و شماره و تاریخ نامه در این محل ثبت گردد. <input type="checkbox"/> با توجه به وارد بودن شکایت، موضوع بررسی و نتایج به شاکی اطلاع رسانی گردد. امضاء و تاریخ	
کارشناس رسیدگی: کمیته نتایج تحقیق و تصمیم را در جلسه مورخ مصوب نمود. اعضای حاضر در جلسه: <input type="checkbox"/> مدیر کمیته رسیدگی به شکایت/درخواست رسیدگی مجدد: <input type="checkbox"/> مدیر نهاد: <input type="checkbox"/> متخصص: امضاء و تاریخ:	

انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران
Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors

شمارهٔ مدرک: IACLD-F10:00	معتبر از تاریخ: ۹۶/۱۱/۱۱	تاریخ تجدید نظر: ۰۰/۰۰/۰۰	کاربری: نهاد اعتباربخشی	تعداد صفحات: :
فرم رسیدگی به شکایات				

<u>مصوبه صورت جلسه:</u>	
نام و امضای مدیر کمیته رسیدگی به شکایت/درخواست رسیدگی مجدد	
کارشناس رسیدگی:	اطلاع رسانی گردید.
مصوبه به شاکی در تاریخ	امضا/تاریخ

توجه: قسمت های ستاره دار توسط متقاضی، تکمیل و به آدرس ab@iaclid.com ایمیل گردد تا پیگیری بعدی بعمل آید.