

# سول ہسپتال ڈسکہ

## شکایت فارم برائے مریضوں



تاریخ \_\_\_\_\_

مریض کا نام: \_\_\_\_\_ ایم۔ آر۔ نمبر: \_\_\_\_\_ شعبہ \_\_\_\_\_

مستیمار کا نام: \_\_\_\_\_ ای۔ میل: \_\_\_\_\_

رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_ مکمل پتہ \_\_\_\_\_

شکایت کی نوعیت: تفصیل بیان کریں۔

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

دستخط شکایت کنندہ: \_\_\_\_\_