

प्ररूप - 5

[नियम 11 देखें]

शिकायत प्रकोष्ठ को शिकायत करने का प्ररूप

निर्देश - (1) कृपया पूरा फॉर्म जमा करें

(2) सुनिश्चित करें कि सभी हस्ताक्षर प्राधिकृत हैं और अतिरिक्त दस्तावेज प्रदान किए गए हैं

शिकायत दर्ज करने वाले रोगी

रोगी का नाम:

पता पंक्ति 1:

पता पंक्ति 2:

शहर:

डाक कोड:

संपर्क नम्बर:

ईमेल:

मैं रोगी

हां/नहीं

रोगी की ओर से प्रतिनिधित्व करने के मामले में:

रोगी के अलावा, शिकायत करने वाले अन्य व्यक्ति का नाम, पता और संपर्क ब्यौरे:

जन्म की तारीख (तारीख या माह या वर्ष):

रोगी के साथ संबंध

1. कानूनी प्रतिनिधि
2. रिश्तेदार या परिवार का सदस्य
3. बेनामी
4. अन्य

रोगी की स्थिति

1. जीवित

2. मृत

जिसके विरुद्ध शिकायत दर्ज की गई है (प्रतिवादी) का ब्यौरे:

व्यक्ति या संगठन का नाम:

पता पंक्ति 1:

पता पंक्ति 2:

शहर:

डाक कोड:

संपर्क नम्बर:

ईमेल:

कृपया अपनी शिकायत का यथासंभव विस्तार से वर्णन करें। तारीख, समय, घटनाओं का घटना-क्रम और घटना (घटनाओं) का स्थान, स्टाफ, और गवाह आदि विशिष्ट जानकारी अवश्य शामिल करें। कृपया उस प्रत्येक दस्तावेज़ की प्रतियां संलग्न करें जो आपको लगता है कि आपके मामले के लिए प्रासंगिक होंगे। टिप्पण: इस शिकायत की एक प्रति आपके द्वारा निर्धारित किए गए प्रतिवादी को भेजी जाएगी।

यदि आवश्यक हो, तो अलग शीट या फाइलों या दस्तावेजों पर जारी रखें। यहां देखें कि क्या कोई अन्य शीट संलग्न की गई है।

शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर

तारीख: