



Mercy Health  
Care first

PERSIAN

We value your feedback

نظرات شما برای ما ارزشمند است

از اینکه برای ارائه نظراتتان وقت میگذارید سپاسگزاریم.  
اطلاعات شما (اختیاری) - لطفاً واضح بنویسید

تاریخ امروز \_\_\_\_\_ بیمارستان \_\_\_\_\_

بخش/قسمت/ خدماتی که شما در مورد آن اظهار نظر می کنید \_\_\_\_\_

نام شما \_\_\_\_\_

آدرس شما \_\_\_\_\_

کد پستی \_\_\_\_\_

تلفن منزل یا محل کار \_\_\_\_\_ موبایل \_\_\_\_\_

ایمیل \_\_\_\_\_

آیا بیمار شما هستید؟  بله  خیر

اگر نه:

نام بیمار \_\_\_\_\_

شماره فایل بیمار (اگر میدانید) \_\_\_\_\_

رابطه شما با بیمار \_\_\_\_\_

ممکن است مایل باشید ناشناس بمانید، اما در آن صورت ما امکان پاسخگویی به شما نخواهیم داشت.

اگر برای پرکردن فرم احتیاج به کمک دارید، لطفاً از یکی از کارکنان ما بپرسید.

**نظرات شما**

(لطفاً به دلخواه خلاصه یا با جزئیات بنویسید)

---

---

---

---

---

