



نام خانوادگی بیمار: _____
نام و نام خانوادگی پزشک: _____
تاریخ: _____

این رضایت نامه را در صورتی که شما از خدمات پزشکی بیمارستان رضایت دارید و از کیفیت خدمات و برخورد پرسنل رضایت دارید و از نحوه برخورد و مراقبت‌ها رضایت دارید و از نحوه برخورد و مراقبت‌ها رضایت دارید و از نحوه برخورد و مراقبت‌ها رضایت دارید.

