

	Form		Code	QMS-FR-05
	بطاقة إدارة شكاوى المعالجين الفيزيائيين المنتسبين إلى النقابة		Edition	1
	Date de mise en application	Février 2018	Date de révision	Février 2019

Customer Name اسم المعالج الفيزيائي	Respondent's Name & Position متلقي الشكوى – الوظيفة
Contact Telephone رقم هاتف المعالج الفيزيائي	Email عنوان بريد المعالج الفيزيائي الالكتروني
Complaint received وسيلة استلام الشكوى	
Phone الهاتف <input type="checkbox"/> Email البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> Personally شخصياً <input type="checkbox"/>	

Nature of Complaint طبيعة الشكوى
Name & Signature الاسم والتوقيع Date التاريخ :/...../.....

Result of investigation نتيجة التحقيق
Name & Signature الاسم والتوقيع Date التاريخ :/...../.....

	Form		Code	QMS-FR-05
	بطاقة إدارة شكاوى المعالجين الفيزيائيين المنتسبين إلى النقابة		Edition	1
	Date de mise en application	Février 2018	Date de révision	Février 2019

Decision القرار
Name & Signature الاسم والتوقيع Date التاريخ :/...../.....

Follow-up Actions by تمت المتابعة من قبل	Name and Signature الاسم والتوقيع	Position الوظيفة	Date التاريخ
Verified By تم التدقيق من قبل	Name and Signature الاسم والتوقيع	Position الوظيفة	Date التاريخ