

شكوى / ملاحظة نموذج Suggestion / Complaint Form		
Patient's Information		بيانات المريض
Full Name of Patient:		الاسم الثلاثي:
Medical Record No.:		رقم السجل الطبي:
Mobile Phone No.:		رقم الهاتف المتحرك:
Complainant Information if other than patient		بيانات مقدم الشكوى إذا لم يكن المريض هو مقدم الشكوى
Relationship:		صلة القرابة:
Full Name of Complainant:		اسم مقدم الشكوى الثلاثي:
Phone No. of Complainant:		رقم هاتف مقدم الشكوى:
The Complaint /Suggestion		الشكوى
Note:		ملاحظة:
تبعاً للسياسة المطبقة بمركز لوتس هوليستيك فإنه يلزم 7 أيام عمل للتحقيق في هذه الشكوى. According to the Management Policy, we need up to 7 working days for investigation in this complaint.		
Complainant Signature:		التوقيع:
Date:		التاريخ:
Receiver Sign and Date:		