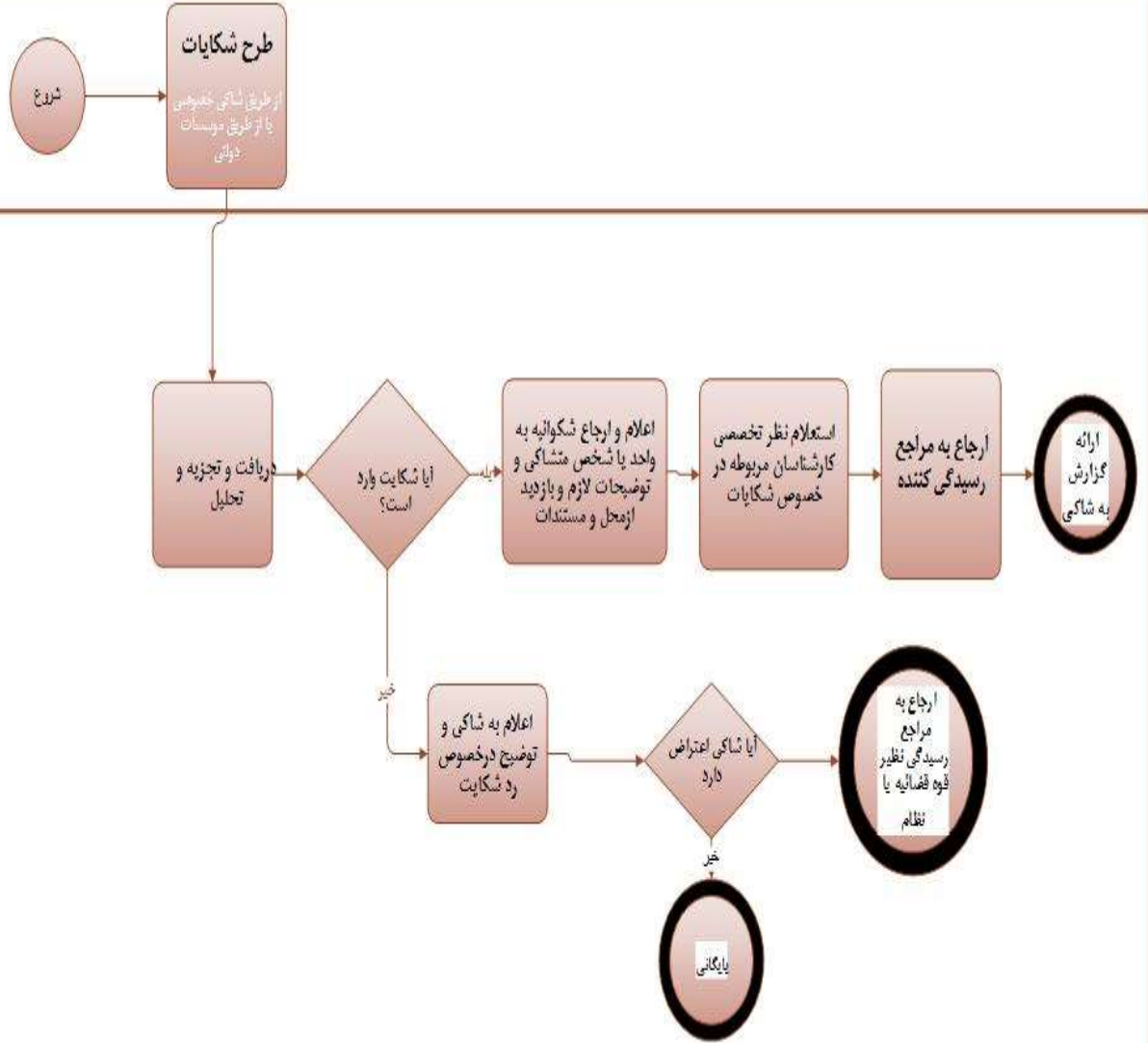


فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: رسیدگی و پاسخگویی به شکایات مردمی		۲- شناسه خدمت: ۱۶۰۶۱۰۱۶۰۰۰	
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی		
شرح خدمت		رسیدگی و پاسخگویی به شکایات مردمی در چارچوب اهداف دانشگاه و وزارت متبوع جهت رسیدگی به شکوایی های مردمی و سازمانها و نهادها و ادارات از مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه، افزایش رضایتمندی مردم از دریافت خدمات با کمیت و کیفیت مطلوب، برخورد قانونی در حدود صلاحیت تعیین شده با متخلفین حرف پزشکی خدمت رسانی می کند دریافت شکایات مردمی از طریق سامانه ها، بیمارستان ها، اداره بازرسی ستاد دانشگاه و بصورت کتبی، حضوری، شفاهی انجام می شود	
نوع خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)	
ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری	
سطح خدمت		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی	
رویداد مرتبط با:		<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
نحوه آغاز خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
مدارک لازم برای انجام خدمت		دریافت کتبی شکواییه و مستندات و یا اطلاعات ثبت شده در سامانه	
قوانین و مقررات بالادستی		کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت و قوانین و مقررات مرتبط با سلامت ابلاغی از سوی مراجع قانون گزار کشور سامانه رسیدگی و پاسخگویی به شکایات از طریق سامانه ۱۵۹۰ و ۱۹۰	
آمار تعداد خدمت گیرندگان		متغیر است حدودا ۱۰ خدمت گیرندگان در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	
متوسط مدت زمان ارائه خدمت:		حدود ۱۲ روز	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input type="checkbox"/> بصورت مستمر <input checked="" type="checkbox"/> هر دو هفته یکبار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	
تعداد بار مراجعه حضوری		۲ بار	
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
۵- جزئیات خدمت			
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن :			
Crm190.behdasht.gov.ir crm.1590.ir			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: سامانه ۱۵۹۰ و ۱۹۰			
مراحل خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	
رسانه ارتباطی خدمت <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: اطلاع رسانی و نصب تراکت در کلیه مراکز درمانی - جهت سهولت دسترسی برای کسانی که امکان دسترسی الکترونیکی برایشان فراهم نیست	
مراجعه به دستگاه:		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	

درخواست کننده

رسیدگی و پاسخگویی به شکایات
کارشناس ستول رسیدگی به شکایات



واحد مربوط: اداره رسیدگی به شکایات

پست الکترونیک:

تلفن:

05832248260

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: زهرا ظریف