Services de santé de Chapleau Health Services

FORMULAIRE DE PLAINTE
(à remplir par le public)

Date de dépôt du présent formulaire : _____

Nom complet de la personne déposant la plainte : _____

Adresse : _____

Nº de tél. : _____

Détails concernant la plainte :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Suggestions pour régler le problème : _____

_____

_____
Signature de la personne déposant la plainte

_____
Signature de la personne accusant réception de la plainte

À USAGE INTERNE SEULEMENT	Nº DU DOSSIER :