

**IDENTIFICATION DE L'USAGER (PATIENT / RÉSIDENT / AUTRE)**

SERVICE : ☐ SAINT LEONARD ☐ BUJALEUF

Lien avec l'utilisateur :

Service: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[illegible]

Réponse apportée immédiatement ?    ☐ OUI   ☐ NON    Réponse satisfaisante pour le plaignant ?    ☐ OUI   ☐ NON

Détail de la réponse :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du déclarant	Signature de l'agent dépositaire de la réclamation

***Ce document est confidentiel - Merci de l'adresser sous enveloppe :***

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier Intercommunal Monts et Barrages  
87400 Saint Léonard-de-Noblat