

Pour remplir ce formulaire vous pouvez vous faire aider, soit d'une personne de votre entourage, soit d'un professionnel de santé de l'établissement

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

NOM et Prénom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____

SERVICE : SAINT LEONARD BUJALEUF

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER (s'il y a lieu)

NOM et Prénom : _____

Email : _____ Téléphone : _____

Adresse: _____

Lien avec l'usager : _____

RECLAMATION DEPOSEE AUPRES DE :

NOM et Prénom : _____ Qualité : _____

Service : _____ Date : _____ / _____ / _____

LA RECLAMATION

Date de l'évènement : _____ / _____ / _____ Lieu : _____

Motif de la réclamation : _____

Exposé des faits :

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