

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