

Réservé à l'administration

N° de dossier : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire : Courriel :

Date de naissance : Langue parlée :

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

(Si conformément à l'article 12 de la Loi, l'utilisateur mineur ou l'utilisateur majeur inapte est représenté dans la procédure d'examen de la plainte, l'identification du représentant est requise.)

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Code postal :

Tél. résidence : Tél. bureau :

Cellulaire : Courriel :

Motif de la représentation :

Lien de parenté avec l'utilisateur (s'il y a lieu) :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER (s'il y a lieu)

(Si l'utilisateur est assisté dans la procédure d'examen de la plainte, l'identification de la personne ou de l'organisme qui l'assiste est requise.)

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse complète :

Lien avec l'utilisateur (s'il y a lieu) :

(VERSO)

PLAINTE (Compléter les informations suivantes)

Nom de l'employé

concerné :

Fonction :

Service concerné :

Lieu :

Date de l'événement :

Heure :

OBJETS DE LA PLAINTE

RÉSULTATS ATTENDUS PAR L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT

Date :

Signature de l'utilisateur ou de son représentant

CONSETEMENTS

AUTORISATION DE DIVULGATION : **Oui** **Non**

J'autorise le commissaire aux plaintes et à la qualité des services à transmettre une copie de la présente plainte au gestionnaire concerné par ma plainte, et ce, aux seules fins de son traitement.

ENVOI PAR COURRIEL ÉLECTRONIQUE : **Oui** **Non**

J'affirme que l'envoi de ce formulaire de plainte par courrier électronique atteste que les informations qui y sont inscrites sont vraies.

COORDONNÉES DE LA CLINIQUE NEUFCHÂTEL

2425 Bd Bastien Bureau 101,
Québec, QC G2B 1B3

Adresse électronique : coordont@gmfuproactivesante.ca

Téléphone : (418) 843-3771

Télécopieur : (418) 843-3865

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Consignée par :

Date :

Signature :

Dossier de plainte numéro :