INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

FORMULAIRE DE PLAINTE

Date de l'évènement : _____

Numéro de dossier : _____

1- Informations générales

Identification de l'usager

Nom : _____

Adresse complète : _____

_____

Téléphone #1 : _____

Téléphone #2 : _____

Auteur (si non usager)

Nom : _____

Relation avec l'usager : _____

Téléphone #1 : _____

Téléphone #2 : _____

2- Objet

Brièvement décrire les faits, les gestes, les commentaires à la source de l'insatisfaction ou de la plainte.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3- Résultats attendus

Signature : _____ **Date :** _____

Faites parvenir ce formulaire à l'attention de :

Madame Gabrielle Alain-Noël
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Institut de Cardiologie de Montréal
5000, rue Bélanger, Montréal, (Québec) H1T 1C8

Téléphone : (514) 376-3330, poste 3398
Télécopieur : (514) 376-8597

Réservé à l'administration

Plainte ◯ Plainte médicale ◯ Consultation ◯ Assistance ◯