

Plainte concernant le service, les installations ou un comportement inapproprié

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT	
NOM	
PRÉNOM	
NUMÉRO DE MEMBRE	
ADRESSE	
VILLE	
TÉLÉPHONE	
COURRIEL	

DATE ET ENDROIT DE L'ÉVÉNEMENT	
DATE ET HEURE	
ENDROIT	<input type="checkbox"/> 476 Frontière, Hemmingford (Qc) <input type="checkbox"/> Autre : _____
NATURE DE LA PLAINTÉ	
<input type="checkbox"/> INSTALLATIONS <input type="checkbox"/> SERVICE REÇU <input type="checkbox"/> COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ <input type="checkbox"/> AUTRE (spécifiez) : _____	
PERSONNE CONCERNÉE (si indiqué)	
<input type="checkbox"/> COOP SANTÉ HEMMINGFORD ET RÉGION <input type="checkbox"/> EMPLOYÉ(E) : _____ <input type="checkbox"/> MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION : _____ <input type="checkbox"/> BÉNÉVOLE : _____ <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ : _____ <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

INITIALES : _____



Plainte concernant le service, les installations ou un comportement inapproprié

DESCRIPTION DES ÉVÉNEMENTS		
TÉMOIN(S) (Si indiqué)		
NOM	PRÉNOM	SIGNATURE

SIGNATURE DU PLAIGNANT	
<p>En signant ce formulaire, je souhaite formuler une plainte officielle qui sera étudiée et traitée de façon professionnelle. Je me rends donc ainsi disponible pour répondre aux questions du comité en charge de son suivi. Je reconnais également avoir rempli ce formulaire de bonne foi, au meilleur de mes connaissances.</p>	<p>X</p> <hr/>



Plainte concernant le service, les installations ou un comportement inapproprié

SECTIONS RÉSERVÉES À L'ADMINISTRATION

PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE CONCERNÉE PAR LA PLAINTÉ		
VERSION DES FAITS (AVANT LECTURE DE LA PLAINTÉ FORMULÉE)		
TÉMOIN(S) (Si indiqué)		
NOM	PRÉNOM	SIGNATURE

Plainte concernant le service, les installations ou un comportement inapproprié

MESURES PRISES DANS L'IMMÉDIAT		
PERSONNES AVISÉES		
NOM	PRÉNOM	DATE ET HEURE
SIGNATURE DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR LA PLAINTÉ		
ADMINISTRATEUR RÉPONDANT		
DATE DE REMISE AU C.A.		
DATE DE L'ÉTUDE DU C.A.		
DATE DE COMMUNICATION AVEC TOUTES LES PARTIES CONCERNÉES		
DATE DE FERMETURE DU DOSSIER EN ACCORD AVEC TOUTES LES PARTIES CONCERNÉES		