

CENTRE MEDICAL DE COWANSVILLE

370, rue Rivière, Cowansville, Qc., J2K 1N3 | Téléphone : 450-263-0774

FORMULAIRE DE PLAINTE

Date de la plainte : _____

Nom du plaignant (Prénom et nom) : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Nom de l'utilisateur si différent (Prénom et nom) : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

J'autorise la transmission d'une copie de cette lettre de plaintes au gestionnaire concerné (au besoin) : ☐ OUI ☐ NON

Date et heure de l'incident : _____

Motif de la plainte : *(Choisissez la ou les catégories qui s'appliquent)*

- ☐ Service à la clientèle (ex. : accueil, délai d'attente, traitement inadéquat)
- ☐ Personnel médical (ex. : comportement, compétence, respect des normes)
- ☐ Problème administratif (ex. : erreurs dans les dossiers, gestion des rendez-vous)
- ☐ Propreté ou hygiène des locaux
- ☐ Autre : [Précisez] _____

Description détaillée de l'incident :

[Expliquez en détail ce qui s'est passé, en mentionnant les noms des personnes impliquées si possible, les événements spécifiques, et tout autre détail pertinent.]

Impact de l'incident :

[Décrivez comment cet incident vous a affecté (ex. : stress, préjudice, retard dans les soins).]

Résolution souhaitée :

[Indiquez ce que vous attendez comme solution ou réponse de la part de la clinique médicale (ex. : explication, excuses, prise en charge, compensation).]

Signature : _____

Vous pouvez soumettre ce formulaire directement à la clinique en main propre ou par courriel à l'adresse suivante : josee.trottier@centremedicalcowansville.ca

Merci de votre partage