

DÉCLARATION DE PLAINTE DU CLIENT

Numéro de dossier de plainte :

Identification du client

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : Masculin : Féminin :
Adresse : _____
Code postal : _____ N° de dossier de l'utilisateur : _____
Téléphone à la maison : () _____ Au travail : () _____

Identification du représentant du client

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Lien avec le (la) plaignant(e) : _____
Téléphone à la maison : () _____ Au travail : () _____

Identification de la personne ou de l'organisme qui assiste le client s'il y a lieu OU qui informe le CLPQS

Nom : _____ Prénom : _____
Organisme : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Téléphone à la maison : () _____ Au travail : () _____
Lien avec l'utilisateur : _____

Faire parvenir votre déclaration dûment rempli à :

Monsieur Steve Gagné
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Centre de santé et de services sociaux de Beauce
1515, 17^e Rue
Saint-Georges (Québec) G5Y 4T8
Courriel : Steve.gagne@ssss.gouv.qc.ca

