

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PLAIGNANTE			
Prénom		Nom	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
Votre adresse	N° civique Nom de rue N° d'appartement Ville Code postal		
Adresse courriel			
Votre statut	Usager Représentant Citoyen Partenaire du réseau de la santé Précisez :		
IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Prénom		Nom	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
Son adresse	N° civique Nom de rue N° d'appartement Ville Code postal		
IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT			
Date (JJ/MM/AAAA)		Lieu de prise en charge de l'utilisateur	
DESCRIPTION DES FAITS			
VOS ATTENTES			
<p>Transmettre ce formulaire par la poste : Commissariat aux plaintes et à la qualité des services Urgences-santé 6700, rue Jarry Est Montréal (Québec) H1P 0A4</p> <p>Par courriel : Commissaire@urgences-sante.qc.ca</p>			