

FICHE DE DECLARATION D'UNE RÉCLAMATION/PLAINTE

Service des Relations avec les Usagers

Voie de transmission :

Téléphone 04 68 84 65 91
 Mail SRU@ch-thuir.fr
 courrier postal
 courrier interne

Date de la déclaration :

IDENTITÉ DU PATIENT CONCERNÉ	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Téléphone du patient :	

IDENTITÉ DU DÉCLARANT (si différent du patient)	
Nom/Prénom :	
Adresse :	
Code postal :	
Ville :	
Téléphone du Déclarant :	
Mail du déclarant :	
Lien de parenté / qualité :	<input type="checkbox"/> Conjoint/e <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Personne désignée de confiance <input type="checkbox"/> Tuteur/Curateur <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Autre : (A préciser)

