



Centre de santé communautaire de Timmins

58- 1500 promenade Riverside

Timmins, ON P4R 1A1

1-705-269-CSCT (2728)

Télécopieur : 1-705-269-2729

Courriel : plainte@csctimmins.ca

FORMULAIRE DE PLAINTE

Nom du(de la) plaignant(e) : _____

Êtes-vous client(e) du Centre : OUI NON Si oui, no. du dossier : _____

Quel est le sujet de votre plainte : Fonctionnement de la clinique médicale (heures, rendez-vous, etc.)
 Travail d'un membre du personnel
 Type de services disponible
 Autre : _____

Résidence : _____

Numéro de téléphone : Cellulaire : _____

Autre : _____

Peut-on laisser un message sur votre répondeur ? OUI NON

Décrivez la nature de votre plainte (description de l'incident, personnes impliquées...)

Date de l'incident : _____
(jj/mm/aa)

Quelles sont vos recommandations pour résoudre cette plainte ?

Signature du (de la) client(e)

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de la personne qui a complété ce formulaire
{si autre que le(la) client(e)}

Nom du gestionnaire à qui ce formulaire fut transmis :