

Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

## Coordonnées

Nom :	
Prénom :	
Adresse postale :	
Téléphone :	
Courriel, s'il y a lieu :	

## Informations supplémentaires

Êtes-vous la personne concernée par la situation (usager) ? :      Oui   
Non

Veuillez indiquer les coordonnées de la personne concernée par la situation (usager) :

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	

Nom de l'installation visée par la situation (ex. : Hôpital de Verdun, CHSLD Louis-Riel, etc.) :

Service ou unité de l'installation visé par la situation, s'il y a lieu (ex. : cardiologie, urgence, etc.) :

## Description de la situation et commentaires

**Avez-vous des attentes particulières à la suite du dépôt de votre plainte ?**

--

Date :	
Signature :	

Pour des raisons de sécurité, ce formulaire doit être imprimé, rempli et retourné par courriel, par la poste ou par télécopieur. Il est également possible de venir porter le formulaire rempli en main propre à nos bureaux.

**Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services**  
**155, boulevard Saint-Joseph Est**  
**Montréal (Québec) H2T 1H4**  
**Téléphone : 514 593-3600**  
**Télécopieur : 514 593-2106**

**Courriel : [commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissaireauxplaintes.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)**