

IDENTIFICATION PERSONNELLE			
Prénom		Nom	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Prénom		Nom	
Son adresse	N civique	Nom de rue	N d'appartement Pays Code postal
IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT			
Date (JJ/MM /AAAA)		Lieu de prise en charge de l'utilisateur	
COMMENTAIRES			
<p><b>N.B.</b> Les félicitations et les remerciements seront transmis directement aux employés concernés, le premier jour du mois suivant par courriel personnalisé.</p>			
<p><b>Transmettre ce formulaire par la poste :</b> Commissariat aux plaintes et à la qualité des services            Urgences-santé            6700, rue Jarry Est            Montréal (Québec) H1P 0A4</p> <p><b>Par courriel :</b> <a href="mailto:Commissaire@urgences-sante.gc.ca">Commissaire@urgences-sante.gc.ca</a></p>			