

Plaintes, commentaires et suggestions relatifs
aux services offerts par la Clinique Chirurgivision T.R. inc.

FORMULAIRE

Vous désirez faire part :

- d'une plainte sur nos services**
- d'un commentaire ou d'une suggestion pour l'amélioration de nos services**
- de votre appréciation au sujet des services rendus par le personnel**

Nom et prénom :

Signature et date :

Téléphone et courriel :

Commentaire ou exposé du problème :

Suivi souhaité à votre commentaire :

Autres renseignements pertinents :