

 <p>Centre Hospitalier d'Auch EN GASCOGNE Soigner & prendre Soins</p>	FORMULAIRE TYPE DE RECUEIL DE L'EXPRESSION DES USAGERS Commission des Usagers (CDU)	Date de Diffusion : Décembre 2018	EDP FE 01
Page : 1/2			Version 3

Tel : 05 62 61 37 82

Etat civil de l'hospitalisé ou du consultant : (cocher) Mme Mlle M.

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Sa date de naissance : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| Son lieu de naissance :

Son adresse :

Code postal : |__|_| |__|_| |__|_| Commune :

Son téléphone : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |__|_|

Hospitalisation du au Service

Passage aux urgences du...../...../.....

Consultation du / / Nom du Médecin

Etat civil du déclarant : (cocher) Mme Mlle M.

Si le déclarant n'est pas l'hospitalisé ou le consultant

Lien social ou familial avec l'hospitalisé ou le consultant :

Nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'époux ou d'épouse) :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : |__|_| |__|_| |__|_| Commune :

Téléphone : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |__|_|

Téléphone portable : |__|_| |__|_| |__|_| |__|_| |__|_|

Email :@.....

Formulaire à compléter par le déclarant et à renvoyer sous pli cacheté à la :
CDU (Commission des Usagers) du Centre Hospitalier d'AUCH en Gascogne
Allée Marie Clarac – B.P. 80382 32008 AUCH Cedex

