

 <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 : Novembre 2021	EDP FE 01
Page : 1/2			Version 4

Tel : 05 62 61 37 82

1/Etat civil du déclarant (e) : (cocher) Mme M.

Nom :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Lieu de naissance :

Adresse :

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

Téléphone fixe : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

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

Email :@.....

Hospitalisation du au Service

Consultation du / / Nom du Médecin

2/Si le déclarant n'est pas l'hospitalisé le consultant ou le résident

Lien social, familial et/ou titre d'habilitation (Tuteur, curateur, etc...) avec l'hospitalisé ou le consultant :

.....

Etat civil du consultant/hospitalisé/résident : (cocher) Mme M.

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

Prénom(s) :

Adresse :

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

Téléphone fixe : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

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

Email :@.....

Hospitalisation du au Service

Consultation du / / Nom du Médecin

Rappel : Ne peut porter réclamation que la personne elle-même ou le représentant légal

**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
Ou par mail : usagers@ch-auch.fr**



