Tel : 05 62 61 31 56 – 05 62 61 36 98

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 .....

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

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 :

Commission des Usagers - Centre Hospitalier d'AUCH en Gascogne
Allée Marie Clarac – B.P. 80382 32008 AUCH Cedex OU par mail : usagers@ch-auch.fr

Tel : 05 62 61 31 56 – 05 62 61 36 98

☐ **Déclaration des dommages et préjudices subis ?**

(Résumer ici les dommages et les préjudices pour le (la) patient(e) ainsi que les préjudices personnels et/ou économiques subis par ses proches.)

☐ **Vos observations, vos remarques, vos éloges sur la qualité de la prise en charge de votre séjour ou de votre consultation ?**

☐ **Suggestions de points d'amélioration du déclarant :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM ET PRENOM : .....

DATE :

SIGNATURE :

Formulaire à compléter par le déclarant et à renvoyer sous pli cacheté à la :

Commission des Usagers - Centre Hospitalier d'AUCH en Gascogne
Allée Marie Clarac – B.P. 80382 32008 AUCH Cedex OU par mail : usagers@ch-auch.fr