

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Ce formulaire est à renvoyer à l'adresse cdu@icrb.fr  
ou par courrier à l'adresse ci-dessous

## IDENTIFICATION DU PLAIGNANT

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| Nom Prénom:        | Numéro de téléphone: |
| Date de naissance: | E-mail:              |

## IDENTIFICATION DU PATIENT (si autre que le patient)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Nom Prénom:          | Numéro de téléphone: |
| Lien avec le patient | E-mail:              |

*Les coordonnées que vous nous fournissez sont demandées uniquement dans le but de pouvoir vous contacter pour répondre à votre réclamation et vous apporter une solution appropriée dans les meilleurs délais. Elles sont traitées avec confidentialité conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles.*

## OBJET DE LA RÉCLAMATION

- Date des faits: \_\_\_\_\_
- Souhaitez-vous être contacté pour un échange ou un rendez-vous?  
 Oui    Non
- Veuillez préciser la nature de votre réclamation

---

---

---

---

---

## DEMANDES OU ATTENTES FORMULÉES

---

---

---