



ICRB

INSTITUT DE
CANCEROLOGIE
RADIOTHERAPIE
BRETILLIEN

RENNES | ST-GREGOIRE | CESSON-SEVIGNE | ST-MALO | DINAN

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

- Veillez préciser la nature de votre réclamation

DEMANDES OU ATTENTES FORMULÉES
