

FORMULAIRE DE PLAINTE

Vos coordonnées personnelles

Afin de traiter votre plainte le plus efficacement et rapidement possible, merci de bien vouloir compléter les rubriques suivantes (*= rubriques obligatoires).

Nom * : Prénom * :

Rue + N° * :

Code Postale * : Commune* :

Pays * :

Téléphone* : Email* :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Vous portez plainte en tant que :

Affilié

Autre citoyen (assuré social)

Dispensateur de soins (spécifié votre spécialité)

Autre :

Description détaillée du problème

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....