

# CLINIQUE MÉDICALE DE TOURAINE

## FORMULAIRE DE COMMENTAIRE

Vous aimeriez nous faire part de vos commentaires et suggestions en rapport avec l'accessibilité à votre médecin de famille.

SVP complétez le formulaire ci-dessous et le retourner par la poste ou l'apporter en personne.

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Date à laquelle vous avez tenté de voir votre médecin de famille :

\_\_\_\_\_

Commentaires :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature : \_\_\_\_\_

\*Tous les champs doivent être complétés pour que le formulaire soit considéré

\*Tous les commentaires seront examinés, mais aucun retour d'appel ne sera fait.