



**A) Identification du demandeur**

Veuillez indiquer un numéro de téléphone où vous pouvez être rejoint entre 9 h et 17 h.

M.  Mme  J'ai déjà communiqué avec le Bureau du syndic

Nom de famille :  Prénom :

Adresse (no, rue) :  Bureau/app. :

Ville :  Province :  Code postal :

Téléphone (résidence) :  Téléphone (travail) :  Poste :

Cellulaire :  Courriel :

Si vous n'êtes pas le patient, indiquez votre statut vis-à-vis du patient et fournissez ses coordonnées à la section B) :

**B) Coordonnées du patient (ne pas remplir si identiques à la section A)**

Nom de famille :  Prénom :

Adresse (no, rue) :  Bureau/app. :

Ville :  Province :  Code postal :

Téléphone (résidence) :  Téléphone (travail) :  Poste :

Cellulaire :  Courriel :

**C) Coordonnées de l'audioprothésiste concerné par votre demande**

Nom de famille :  Prénom :

Nom de la clinique :

Adresse (no, rue) :  Bureau :

Ville :  Province :  Code postal :

**D) Bref résumé de vos préoccupations**

Sur une feuille jointe, fournissez une description de la situation, incluant, si possible :

- La nature de votre requête ou de votre insatisfaction ;
- La ou les raisons pour lesquelles vous avez consulté cet audioprothésiste ;
- Les dates auxquelles les consultations ont eu lieu ;
- Une description des actions effectuées pour tenter de résoudre le problème avec l'audioprothésiste ;
- Vos attentes vis-à-vis cette demande d'enquête.

Joignez une copie de tous les documents pertinents à l'étude de votre demande, s'il y a lieu et transmettez le tout au secrétariat de l'Ordre.

Signature

Date