

PLAINTE / COMPLAINT (suite / cont'd)

RÉSULTATS ATTENDUS / EXPECTED OUTCOME

Je consens à ce qu'un membre du bureau de la Commissaire aux plaintes examine mon dossier et que l'information pertinente soit transmise aux personnes concernées et consultées/ I consent to the examination of my file by a member of the Ombudsman's office and to the transmission of the pertinent information to the concerned and consulted persons

Signature du plaignant / Complainant's signature : _____

Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au numéro suivant \ You may send this for by fax at the following number : 514-934-8200

Vous pouvez également envoyer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante \ You may also send this form by email at this address : ombudsman@muhc.mcgill.ca