**Date de la déclaration :** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATION VOUS CONCERNANT**

Nom :       Prénom :

Téléphone :       e-mail :

Adresse :

Pièces jointes à la déclaration : [ ] OUI [ ]  NON

**INFORMATION SUR L'EVENEMENT**

Date de l’évènement : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Lieu de l’évènement :

Personne(s) concernée(s) par l’évènement (nom, prénom, date de naissance) :

**DESCRIPTION DES FAITS**

*A envoyer soit :*

* *par mail à* *Direction.usagers@chnds.fr*
* *par envoi postal :CHNDS – Direction des Usagers – 4 rue du Dr Michel Binet – 79350 FAYE L’ABBESSE*

✁

**Accusé réception**

Date de réception : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Référence de suivi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Votre déclaration a bien été prise en compte et vos remarques seront analysées.

Une réponse vous sera apportée dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Madame/Monsieur, l’expression de nos salutations distinguées.

*La Direction Usagers, Qualité et Gestion des Risques du Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres*