

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH  
BOARD OF MEDICAL PRACTICE  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070  
(802) 657-4220

**FORMULAIRE DE PLAINTE**

**Veillez imprimer**

Vos informations :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Ville, État, Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel/pendant la journée \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire/fixe \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Il s'agit d'une plainte contre :

Médecin (MD) \_\_\_\_\_

Adjoint au médecin (PA) \_\_\_\_\_

Podiatre (DPM) \_\_\_\_\_

Nom complet du médecin, de l'adjoint au médecin ou du podiatre :

\_\_\_\_\_

Nom de l'établissement de soins de santé (si connu) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville, État, Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel du médecin, de l'adjoint au médecin ou du podiatre \_\_\_\_\_

**NATURE DE LA PLAINTE :** Veuillez décrire en détail la nature de votre plainte contre ce professionnel.

Utilisez l'espace au verso et des feuilles supplémentaires, si nécessaire.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez retourner pour remplir le verso**

