

<b>DEPOT DE LA RECLAMATION</b>	Date et heure : .....
--------------------------------	--------------------------

<b>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE S'ESTIMANT VICTIME D'UN PREJUDICE</b>	<b>IDENTIFICATION DU DECLARANT (à remplir si le déclarant agit pour le compte d'autrui)</b>
Nom et prénom(s) : .....	Nom et prénom(s) : .....
.....	.....
Adresse personnelle : .....	Adresse personnelle : .....
.....	.....
.....	.....
Lieu d'hospitalisation ( <i>service, n° de chambre et/ou de lit ou lieu d'accueil dans l'établissement</i> ) :	Lien avec la personne s'estimant victime d'un préjudice :
.....	.....
.....	.....

<b>OBJET DE LA RECLAMATION</b>
Date(s) et heure(s) des faits : .....
Lieux des faits : ..... .....
Personne(s) éventuellement concernée(s) : .....
.....
Circonstances exactes : ..... ..... ..... ..... .....

Je soussigné(e), certifié sincère et véritable, la présente déclaration dont une copie m'a été immédiatement délivrée. Signature :

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RECEVANT LA RECLAMATION (nom, prénom et qualité) :**