



RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

COMPLÉTER EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

NOM DE L'INSTALLATION _____

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Nom _____	Téléphone _____	Poste _____
	Courriel _____	
	Télécopieur _____	

		Inscrire un X pour compléter le type de document à recevoir – Chaque colonne doit <u>obligatoirement</u> être assignée à au moins une personne			
PERSONNES QUI DOIVENT RECEVOIR DES INFORMATIONS OU DES COMMUNIQUÉS DE L'ORDRE	Destination du courrier	Inspection	Document à afficher sur un babillard	Liste des membres radiés	Autres documents, spécifiez
RESPONSABLE DU SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE Nom (No permis s'il y a lieu) _____ Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____	<input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Courriel				
COORDONNATEUR CLINIQUE Nom (No permis s'il y a lieu) _____ Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____	<input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Courriel				



RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

COMPLÉTER EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

		Inscrire un X pour compléter le type de document à recevoir – Chaque colonne doit <u>obligatoirement</u> être assignée à au moins une personne			
PERSONNES QUI DOIVENT RECEVOIR DES INFORMATIONS OU DES COMMUNIQUÉS DE L'ORDRE	Destination du courrier	Inspection	Document à afficher sur un babillard	Liste des membres radiés	Autres documents, spécifiez
COORDONNATEUR CLINIQUE Nom (No permis s'il y a lieu) _____ Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____	<input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Courriel				
ASSISTANT-CHEF Nom (No permis s'il y a lieu) _____ Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____	<input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Courriel				
ASSISTANT-CHEF Nom (No permis s'il y a lieu) _____ Téléphone _____ Poste _____ Courriel _____	<input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Courriel				

COMMENTAIRE OU SUGGESTION
