Formulaire anonyme

Ombudsman de la santé et
des institutions sociales
Avenue de Tourbillon 24
CP 506
1951 Sion

Date

Signalement à l'Ombudsman de la santé et des institutions sociales

Données en relation avec le professionnel de la santé, l'établissement sanitaire ou l'institution sociale concerné

Nom/Prénom du médecin

Nom de l'établissement sanitaire ou l'institution sociale

Adresse

NPA, localité

Etat de fait

Merci de décrire précisément l'état de fait sur lequel se fonde votre requête (date, moyens de preuve, éventuelle intervention auprès du professionnel de la santé ou l'institution sociale/sanitaire et résultats des pourparlers)

Annexes utiles

Merci de joindre à votre signalement d'éventuels documents en relation avec l'affaire.