# FORMULAIRE DE COMMENTAIRES

Le présent formulaire servira à enregistrer les commentaires liés aux services fournis par le Service d'incendie et de soins paramédicaux de Winnipeg. Les renseignements sont confidentiels et ne sont destinés qu'à un usage interne.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par la poste à :

**Service d'incendie et de soins paramédicaux de Winnipeg**
185, rue King, 2e étage
Winnipeg (Manitoba) R3B 1J1

☐ **Remercier un membre du SISPW**
☐ **Soumettre une préoccupation**

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

| | |
|---|---|
| Nom : | Date : |
| Numéro de téléphone : | N° de facture (le cas échéant) : |
| Adresse postale : | N° de client (le cas échéant) : |
| Nom du patient (s'il diffère du nom indiqué ci-dessus) : | |
| Relation avec le patient (le cas échéant) : | |

**TYPE D'INCIDENT** ☐Appel impliquant les SMU ☐Lutte contre l'incendie ☐Inspection de prévention des incendies ☐Éducation du public ☐Autre (précisez)

Date de l'incident :

Emplacement de l'incident :

Précisions/commentaires sur l'incident :

**Veuillez joindre des pages ou des documents supplémentaires au besoin.**