Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
Période de questions du public

Veuillez remplir ce formulaire et Je remettre dans la boîte prévue à cet effet dans les meilleurs délais avant le début de l'assemblée , svp.

Nom, Prénom : _____

Direction et service :_____

Lieu de travail :_____

Organisme externe :_____

Date (jj/mm/aaaa) :le __ __ / __ __ / __ __ __ __

QUESTION(S) :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____