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 le transmettre à mgermain_hjr@ssss.gouv.qc.ca au moins 24 heures avant la rencontre

Nom, Prénom : _____

Direction et service :_____

Lieu de travail :_____

Organisme externe :_____

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

QUESTION(S) :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____