

Nous sommes toujours intéressés par vos commentaires sur notre travail. Que vous ayez un conseil, une plainte, une suggestion ou une préoccupation concernant la qualité de nos soins, veuillez remplir ce formulaire et l'un de nos pharmaciens l'examinera dans les 24 heures ouvrables.

Informations du patient	
Nom :	
Date de naissance :	
Numéro de téléphone de contact :	
Médicament fourni par PMA :	
Ceci est une	
Plainte	Conseil
Suggestion	Préoccupation
Description de la plainte/suggestion :	
Vous pouvez envoyer le formulaire rempli soit par la poste, par courriel ou par télécopieur à l'adresse suivante :	
Pharmacie Michael Assaraf ATTN: Pharmacien 162 rue Barr Ville Saint-Laurent, QC H4T 1Y4 Télécopieur : 1-855-788-6590 Courriel : Documents@PharmacieMichaelAssaraf.ca	