



ANN Association  
nationale des  
naturopathes

NAN National  
Association of  
Naturopaths

## **Rapport de plainte à l'endroit d'un/e membre ANN**

Si vous avez une plainte ou une insatisfaction envers l'un/e des membres de l'Association nationale des naturopathes, vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint pour vous aider à formuler votre plainte. Veuillez le remplir et l'envoyer au Comité de discipline de l'Association.

Votre plainte doit être envoyée à nos bureaux par courrier certifié et votre document doit être signé, daté, et vous devez nous fournir vos coordonnées.

Nous vous suggérons également de communiquer avec votre thérapeute par voie écrite en premier lieu afin que vous obteniez son opinion à l'égard du litige pour lequel vous remplissez le présent formulaire et lui faire parvenir, également par courrier certifié afin d'obtenir une preuve de réception.

### **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU PLAIGNANT**

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Langue(s) d'usage : \_\_\_\_\_

# tél. affaires: (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_ # résidence: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# fax.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

# tél. cellulaire (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

**Si vous remplissez le présent formulaire pour un tiers, veuillez remplir la section suivante en indiquant votre lien avec l'utilisateur des services reçus faisant l'objet du rapport.**

LIEN AVEC LE PLAIGNANT \_\_\_\_\_

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Langue(s) d'usage : \_\_\_\_\_

# tél. affaires: (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_ # résidence: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# fax.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

# tél. cellulaire (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_



**ANN** Association nationale des naturopathes  
**NAN** National Association of Naturopaths

**MEMBRE DE L'ANN FAISANT L'OBJET DE CE RAPPORT**

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

# tél. affaires: (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_ # résidence: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# fax.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Site internet : \_\_\_\_\_

# tél. cellulaire (\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

**DATE OU DATES DES CONSULTATIONS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VEUILLEZ DÉCRIRE LA RAISON DE VOTRE PLAINTE Par exemple, soins reçus non adéquats, ne répond pas aux attentes, différend monétaire, (vous pouvez joindre un document additionnel dans votre envoi si vous manquez d'espace sur le formulaire).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VEUILLEZ DÉCRIRE LA MEILLEURE SOLUTION, À VOTRE AVIS, POUR RÉGLER CE LITIGE.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DANS VOTRE DÉMARCHE, QUI AVEZ-VOUS CONTACTÉ ? (thérapeute, association, avocat, autre).

\_\_\_\_\_

Veillez joindre au présent document des copies de tous les documents reliés à votre rapport et pouvant aider à son règlement (reçus, propositions, suggestions, contrats, bilans, etc.).

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_