

**Titre**

Hre début/Start time : _____ à/to : _____	Date : _____
---	--------------

**# réservation # :**



Merci de remplir cette fiche en complétant l'évaluation et en y inscrivant vos commentaires afin de nous aider à améliorer nos services et assurer un meilleur contrôle de qualité.

Thank you for taking the time to complete the evaluation and writing down your comments. Doing so allows us to improve our quality control in order to offer you better services.

	Insatisfaisant	Passable	Neutre	Satisfaisant	Excellent
Qualité audio / Audio quality	1	2	3	4	5
Qualité Vidéo / Video quality	1	2	3	4	5
Environnement	1	2	3	4	5
Service	1	2	3	4	5

**Commentaires/Comments:**

**Pouvons-nous vous contacter ?**  
**May we contact you ?**

**Oui / Non**  
**Yes / No**

\_\_\_\_\_  
**Nom/Name**

\_\_\_\_\_  
**Courriel/Email**

\_\_\_\_\_  
**Téléphone**

\_\_\_\_\_  
**Site/Établissement**

**Retourner à/ Return to:**

**Fax: 514-412-4362**

**Courriel/email: [visio-cusm@muhc.mcgill.ca](mailto:visio-cusm@muhc.mcgill.ca)**

**Centre d'Expertise et de Coordination de Télésanté :  
 514 412-4294 / 1 877 536-3202**