M. PATIENT X,

Souhaitant recueillir votre opinion sur votre séjour, nous vous invitons à venir vous exprimer lors de la réunion de la

**C**ommission **D**es **U**sagers

Le **vendredi 15 décembre 2017 à partir de 11h00.**

Votre avis nous est utile pour continuer d’améliorer les conditions d’accueil et de séjour dans notre établissement.

Merci d’avance de votre participation.

A l’issue de la réunion, un repas sera servi aux participants.

 Corinne **DELANZY-STOLL,**

 Présidente

***Membres de la CDU***

*Présidente* : Corinne DELANZY-STOLL – Directrice

*Médiateur médical :* Dr Sylvie CHANTRAINE

*Médiateur non médical* : Véronique THIERY - IDE Coordinatrice

*Représentants des usagers* : Mme Michèle FAVIER ; M. Michel LAURENT

***Invités :*** *Membres à titre consultatif*

Représentant soins infirmiers : Leïlla GUILLOT – Cadre de Santé ; Véronique WALDECK – IDE

Service Qualité : M. Nicolas PEROT - Responsable Qualité/Mme Géraldine DA SILVA – Assistante Qualité