

FORMULAIRE DE RÉTROACTION À L'INTENTION DES VISITEURS

Si vous êtes une personne handicapée qui a récemment visité notre cabinet, nous vous invitons à nous faire part de vos commentaires relativement à votre expérience dans nos locaux. Nous apprécions tous nos visiteurs et nous nous efforçons de veiller à ce que leurs besoins soient comblés durant leur visite.

Date de votre dernière visite :

Lieu : Toronto Ottawa

1. Êtes-vous satisfait des services que nous vous avons fournis durant votre visite?

Oui Non Plus ou moins

Commentaires :

2. Nos services étaient-ils accessibles?

Oui Non Plus ou moins

Commentaires :

3. Avez-vous éprouvé des difficultés à accéder à nos services?

Oui Non Plus ou moins

Commentaires :

4. Que pouvons-nous améliorer ?

Commentaires :

Vos coordonnées (facultatif) :

Nom : _____ Tél. : _____

Adresse électronique : _____

Veillez nous faire parvenir le présent formulaire dûment rempli :

- en le déposant à la réception de notre bureau
 - par courriel à AODA@fasken.com
 - par télécopie au 416 865 4498
- par la poste :
Coordonnateur – LAPHO
333, Bay Street, Suite 2400
Bay Adelaide Centre, Box 20
Toronto (ON) M5H 2T6

Merci de votre collaboration