**Formulaire de demande de soutien**

**Équipe de Surveillance de la Direction de santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent**

Afin de nous faire parvenir votre demande, merci de bien vouloir remplir ce formulaire et le soumettre à l’adresse suivante : surveillance.dspub.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca

**Nom, Prénom** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Numéro de téléphone :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Courriel :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Organisme** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Secteur d’activité :** Choisissez un élément.

**Date de la demande** : Cliquez ici pour entrer une date.

**Échéance :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Nature de la demande :** Choisissez un élément.

**Sujet de la demande** : Cliquez ici pour taper du texte.

**Décrivez votre demande le plus précisément possible:** Cliquez ici pour taper du texte.

**Quelle sera votre utilisation des données transmises?** Cliquez ici pour taper du texte.

**Information supplémentaire (facultatif):** Cliquez ici pour taper du texte.

Veuillez noter que le délai de réponse peut varier selon nos disponibilités.

Il est possible que la demande ne corresponde pas à notre mandat. Le cas échéant, nous tenterons de vous référez à une ressource compétente pour répondre à vos besoins.

Merci,

L’Équipe de surveillance de la Direction de santé publique, CISSS du Bas-Saint-Laurent