******Formulaire de rétroaction des clients – *Loi de l’accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* (LAPHO)**

Merci d’avoir visité le site web corporatif de GSK Canada. Nous attachons une grande importance à nos clients et mettons tout en œuvre pour répondre aux besoins de chacun d’eux. La rétroaction de nos clients est vitale pour nous aider à améliorer le service à la clientèle de haute qualité que nous nous efforçons d’offrir à nos clients. Nous vous demandons de prendre quelques instants pour répondre à ce court questionnaire. Si vous préférez nous faire part de vos commentaires par d’autres méthodes, n’hésitez pas à nous le demander. D’autres formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.

1. **Veuillez nous indiquer la date et l’heure de votre demande ou préoccupation :**
2. **Avons-nous répondu à vos attentes aujourd’hui?**

Oui\_\_\_\_\_\_, En partie\_\_\_\_\_\_, Non \_\_\_\_\_\_ (veuillez expliquer)

1. **Notre service à la clientèle vous a-t-il été fourni de façon accessible?**

Oui\_\_\_\_\_\_, En partie\_\_\_\_\_\_, Non \_\_\_\_\_\_ (veuillez expliquer)

1. **Veuillez indiquer tout commentaire additionnel dont vous souhaitez nous faire part :**

Merci beaucoup. Si vous souhaitez que nous communiquions avec vous, veuillez SVP fournir les renseignements ci-dessous en toute confidentialité.

**Nom :**

**Coordonnées : adresse postale et/ou courriel :**

**Réservé à l’usage interne**

**Dossier de rétroaction du client – LAPHO**

1. **Date de réception de la rétroaction :**
2. **Nom du client s’il est connu :**
3. **Coordonnées si elles sont indiquées :**
4. **Détails de la rétroaction :**
5. **Suivi requis :**

Oui\_\_\_\_\_\_ Pas nécessaire\_\_\_\_\_\_

1. **Mesure à prendre :**
2. **Personne responsable :**
3. **Date prévue pour la prise de la mesure :**
4. **Date réelle de la prise de la mesure:**

 **Signature du gestionnaire responsable de la LAPHO :\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_