

Formulaire de réclamation

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire.

1- Nom ou raison sociale du réclamant	
2- Interlocuteur (nom, prénom, qualification, adresse mail)	
3- Réf. convention concernée	
4- Objet de la réclamation	
5- Description explicite de la réclamation (dysfonctionnement identifié, date, lieu, intervenants, conditions éventuelles de survenue du dysfonctionnement, etc.).	

Date :

Lieu :

Signature

Organisme de Formation du Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande

La Cellette, 19340 MONESTIER-MERLINES

✉ sdirection@chpe.fr

☎ 05 55 94 32 07

maj Janv-25

