

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

