

RECLAMATION N°

FICHE DE TRAITEMENT RECLAMATIONS / PLAINTES D'UN BENEFICIAIRE

Informations sur le Bénéficiaire :

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Numéro de téléphone : _____
Adresse e-mail : _____

Nature de la Réclamation :

Description du problème : _____

Date et heure de réception : _____
Service concerné : _____

Détails de la Réclamation :

Détails spécifiques : _____

Nom de l'employé ayant pris en charge la réclamation : _____

Actions entreprises :

Actions prises pour résoudre la réclamation : _____

Date de résolution : _____

Mesures préventives :

Actions mises en place pour éviter la réapparition du problème : _____

Réclamation résolue : Oui Non

Signature de l'employé : _____ Date : _____