

## GESTION DES RECLAMATIONS ET DYSFONCTIONNEMENTS

### Entreprise bénéficiaire

Raison sociale	
Adresse	
Référent ou responsable	

### Formation

Intitulé	Date
Lieu	

### Réclamation / Dysfonctionnement

(A compléter par le bénéficiaire)

Objet de la réclamation	Personne concernée	Date
Signature référent ou responsable client		

**Traitement**  
 (Partie réservée à l'OF)

Session	MEM M2A	N° Fiche	2022-010
---------	---------	----------	----------

Date AR	Date retour	Traitement
Signature référent OF		