



FICHE RECLAMATION

Journée des infirmier(e)s

Date de réception de la réclamation:

1. Informations sur le réclamant

Nom :

Prénom :

Contact :

Nature de la réclamation :

Tel :

Mail :

2. Objet de la réclamation

.....

.....

.....

.....

Problème récurrent : OUI NON

Autres :

Signature du réclamant