

Formulaire de réclamation



Prénom et Nom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone : / / / /

MOTIF DE LA RECLAMATION

☐ Suivi des heures / Facturation

☐ Planning

☐ Adéquation des besoins et de la prestation

☐ Compétences ou attitudes des salariés

☐ Autre :

COMMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : / /

Signature :

A transmettre à :

ADHM – 79 route de Germignan – 33160 – Saint-Aubin-de-Médoc

Date de réception : / /