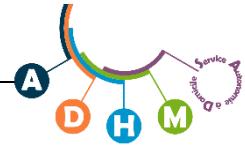


## Formulaire de réclamation



Prénom et Nom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

## MOTIF DE LA RECLAMATION

- Suivi des heures / Facturation
  - Adéquation des besoins et de la prestation
  - Autre : .....
  - Planning
  - Compétences ou attitudes des salariés

## COMMENTAIRES

**Date :** ..... / ..... / .....

**Signature :**

## A transmettre à :

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

Date de réception : ..... / ..... / .....