

Formulaire réclamations

Dans un souci d'amélioration continue et de satisfaction de l'ensemble des partenaires de forma soins, vous avez à votre disposition le formulaire ci-dessous, afin de vous permettre de porter à notre connaissance votre réclamation relative à l'un des services de Forma Soins.

* Obligatoire

* Ce formulaire enregistrera votre nom, veuillez renseigner votre nom.

1. Date *

2. Lieu *

3. Nom- Prénom *

4. Mail *

5. Tél *

6. Vous êtes *

Employeur

Tuteur

Financier

Apprenti

Autre

7. Objet / description *

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

