

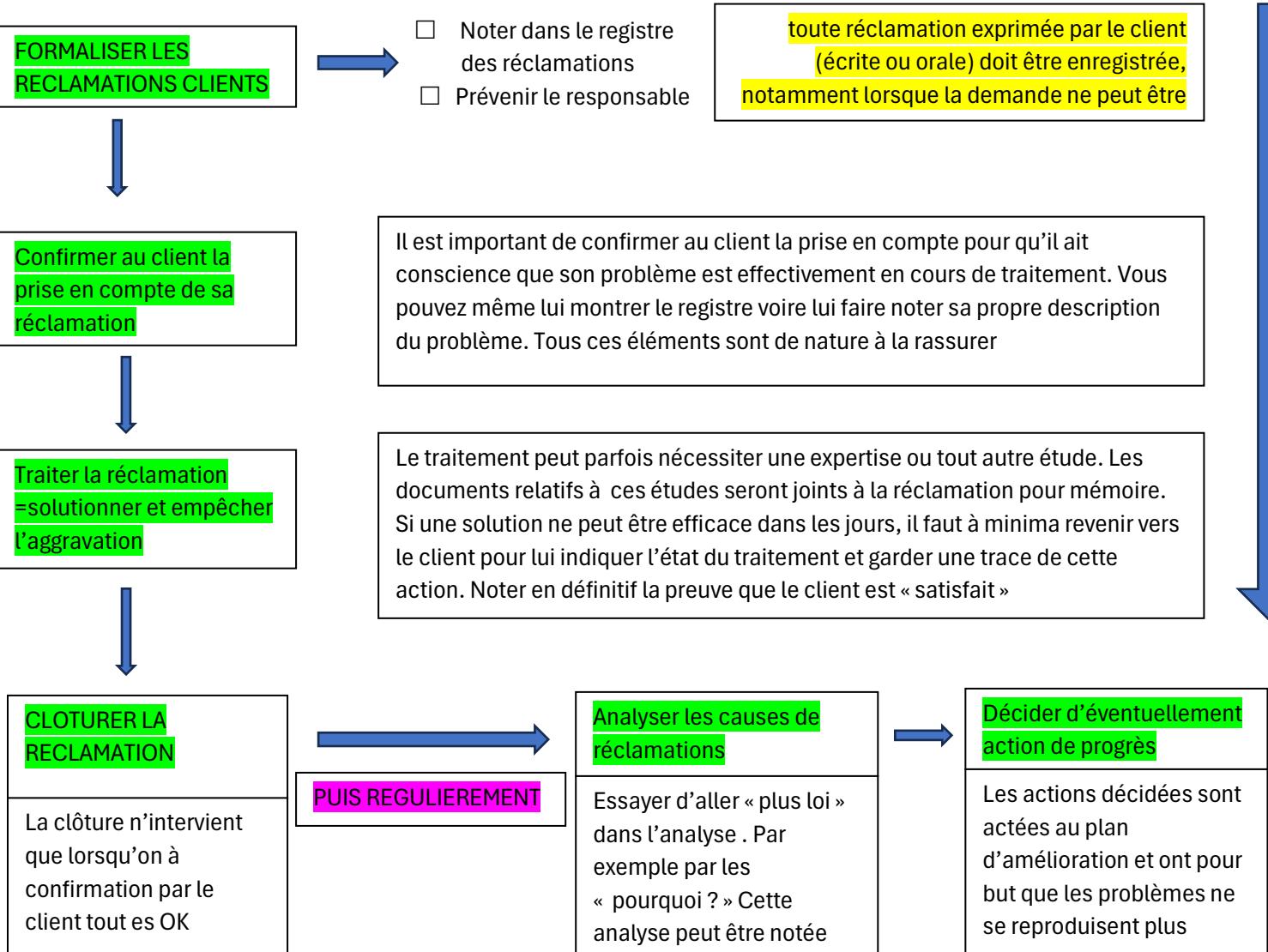
AUTO-ECOLE TCM

222 route de Fareins 01480 CHALEINS
T : 09 51 38 13 80
Agrément : E05 001 03940
Déclaration d'activité enregistrée N°820010122201
TVA intracommunautaire FR 71 490149200 00019
Siret : 490 149 200 00035
SAS Capital 40 000€



PROCEDURE DE GESTION DES RECLAMATIONS

O
B
J
E
C
T
I
F
1
5
J
O
U
R
S



AUTO - ECOLE TCM CHALEINS

FICHE SIGNALTIQUE N°.....

De quoi s'agit-il ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suggestion d'amélioration | <input type="checkbox"/> Réclamation client |
| <input type="checkbox"/> Problème stagiaire | <input type="checkbox"/> Non-conformité d'une formation |
| <input type="checkbox"/> Demande modification de documents | <input type="checkbox"/> Autre |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Nom, date et lieu de la formation (le cas échéant) :

Que proposez-vous ?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Qui êtes- vous ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Elève d'une formation | <input type="checkbox"/> Parent d'élève en formation | <input type="checkbox"/> Employeur |
| <input type="checkbox"/> Personnel de l'école de conduite | <input type="checkbox"/> Financeur pôle Emploi/Région | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom, Prénom :

Mail : Téléphone :

Date d'émission :

Merci de transmettre ce document au Responsable de l'Agence

Description du traitement :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Auteur du traitement : en date du :

Y a -t-il besoin d'une action corrective ? non

oui, N° Plan d'Action :