

| | | |
|--|--|---|
| Date | | |
| Satisfaction <input type="checkbox"/> | Suggestion <input type="checkbox"/> | Réclamation <input type="checkbox"/> |

Notre organisme s'est engagé dans une démarche qualité visant à améliorer la qualité de votre accueil et de vos formations. Votre avis, vos suggestions ou réclamations nous aideront à répondre encore mieux à vos attentes. Nous nous engageons à prendre en compte vos Réclamations et à les traiter dans les trois jours, visées par le Référent Qualité et la Direction.

Des fiches de suggestions/Réclamation sont à votre disposition à l'accueil. Elles sont téléchargeables sur notre site internet www.iscap.fr. Merci de remplir cette fiche.

| | | | |
|---|---|--|--|
| Nom Prénom | | | |
| Apprenant <input type="checkbox"/> | Formateur <input type="checkbox"/> | Encadrant/Tuteur <input type="checkbox"/> | Entreprise <input type="checkbox"/> |

Votre remarque concerne :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nos horaires | <input type="checkbox"/> La formation |
| <input type="checkbox"/> L'accès à nos locaux et les conditions d'accueil | <input type="checkbox"/> Les conditions matérielles |
| <input type="checkbox"/> L'accueil téléphonique/physique | <input type="checkbox"/> Le site internet |
| <input type="checkbox"/> Les informations et explications fournies | <input type="checkbox"/> Autre : |

Objet de la réclamation/suggestion :

Si vous souhaitez recevoir une réponse personnalisée, merci de compléter le formulaire ci-après.

Mme M.

Nom - Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse électronique _____

Téléphone _____

Réponse souhaitée par

Téléphone E-Mail Courrier

Le Référent Qualité s'engage à assurer la transmission de la réclamation aux parties concernées. En aucun cas la responsabilité de l'organisme ne saurait être engagée sur le contenu de cette réclamation.

