

FORMULAIRE DE RECLAMATION ET PLAINTE DES CLIENTS

MERCI de renvoyer le formulaire dûment rempli à la PIC (dans le bac de distribution)

Nom du client :

Hôpital : _____ Service : _____

A. Votre plainte concerne :		
Description de la plainte	1.	
	2.	
	3.	
B. Votre réclamation concerne :		
Type de réclamation	Cocher ce qui convient	Commentaires
Faux dosage	<input type="checkbox"/>	
Fausse quantité	<input type="checkbox"/>	
Faux médicament	<input type="checkbox"/>	
Fausse forme galénique	<input type="checkbox"/>	
Erreur de grandeur	<input type="checkbox"/>	
Erreur de gestion d'un stupéfiant	<input type="checkbox"/>	
Erreur de prix / de facturation	<input type="checkbox"/>	
Facturé, non livré	<input type="checkbox"/>	
Livré, pas facturé	<input type="checkbox"/>	
Non livré, non facturé sans explication	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

Merci de mentionner la **date** et le **numéro** du bulletin de livraison :

C. Plainte reçue par : (date et visa)		
ERREUR :	PIC	Service (erreur de commande,...) <input type="checkbox"/>
D. Action entreprise (1 seule réponse possible par plainte)		Visa :
<input type="checkbox"/> fait l'échange <input type="checkbox"/> livré <input type="checkbox"/> crédité <input type="checkbox"/> facturé <input type="checkbox"/> livré et facturé <input type="checkbox"/> livré et crédité <input type="checkbox"/> Autres :		Visa :
Cas réglé par		Date :
Quittance au client : <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> mail <input type="checkbox"/> lettre <input type="checkbox"/> autres		
Enregistré par		Visa ASSADMIN :
		Date :