



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,...)

D. Action entreprise

	Visa :	Date :
<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 :	Date :
Cas réglé par		
Quittance au client : <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> mail <input type="checkbox"/> lettre <input type="checkbox"/> autres		
Enregistré par	Visa RQ :	Date :