



Date				
ORIGINE	Cabinet IDE	Médecin	Patient	Autres
DESCRIPTION				

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Nom de la personne réceptionnant la réclamation :

Date :

Fonction :

Cachet du labo

N° NCK :

Votre réclamation sera prise en compte et fera l'objet d'un enregistrement et d'un suivi dans notre système qualité afin d'apporter des améliorations à nos prestations et de répondre au mieux à vos attentes.

La version informatique fait foi



Date				
ORIGINE	Cabinet IDE	Médecin	Patient	Autres
DESCRIPTION				

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

Nom de la personne réceptionnant la réclamation :

Date :

Fonction :

Cachet du labo

N° NCK :

Votre réclamation sera prise en compte et fera l'objet d'un enregistrement et d'un suivi dans notre système qualité afin d'apporter des améliorations à nos prestations et de répondre au mieux à vos attentes.

La version informatique fait foi