

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION FORMATION

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue, nous apportons une grande attention aux remarques de nos stagiaires et commanditaires. Ainsi pour toute réclamation, merci d'utiliser ce formulaire afin que nous puissions la traiter dans les meilleurs délais. Une fois ce dernier complété, merci de nous l'envoyer par mail à l'adresse suivante : [reppop-bfc@chu-besancon.fr](mailto:reppop-bfc@chu-besancon.fr).

Votre Prénom et NOM

Votre Adresse mail

Merci de nous préciser si vous êtes :

- Représentant d'un établissement de santé
- Représentant d'une Université – Ecole ou Institut de Formation
- Professionnel de santé salarié
- Professionnel de santé libéral – Indépendant
- Autre (merci de préciser) : \_\_\_\_\_

Votre réclamation porte sur :

- Le traitement et le suivi de votre demande
- Le déroulement d'une action de formation
- Le déroulement d'une action d'accompagnement
- Autre (merci de préciser) : : \_\_\_\_\_

Description de votre réclamation :

Dès lors, le RéPPOP-BFC prendra contact avec vous et vous tiendra informé du traitement de votre réclamation ainsi que des actions correctives mises en œuvre le cas échéant.