

	DIRECTION DE L'EVALUATION DE LA CONFORMITE	Code : DEC/PsM/Pr-002/Fm-001
	PROCESSUS DE MANAGEMENT	Date : 19/09/2021
	Traitement des Plaintes et Appels	Edition : 001
		Page 1 sur 1

Numéro Plainte/Appel : _____

Section 1 – Le Plaignant

Noms (Mme/ M.)	
Adresse :	Numéro de téléphone/courriel :
Commentaires :	

Section 2 – La Plainte/ Appel:

Plainte/ Appel reçu:	Verbale <input type="checkbox"/>	Écrite <input type="checkbox"/> (Annexer a copie écrite)
Date de réception de la plainte/ l'appel: _____		
Objet/description de la plainte / appel :		
Causes/raisons de la plainte/ appel :		

Section 3 –Action(s) entreprise(s) pour traiter la plainte / appel

Action(s) entreprise(s) pour traiter la plainte/ appel:
Responsable de traitement de la plainte / l'appel:
Par: (En lettre majuscule) _____ Date : _____
Signature: _____

Section 4– Résultat du traitement

Date d'envoi de l'avis écrit informant le plaignant/ appelant du traitement donné à sa plainte ou son appel: _____ (Annexer une copie)		
Résultat du traitement:		
Traitement satisfaisant:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Délai de traitement :		
Délai maximal de 05 jours ouvrables respecté:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Par: (En lettre majuscule) _____ Date: _____		
Signature: _____		