



RECUEIL DE RÉCLAMATIONS

NOM :

Prénom :

Société :

Fonction :

Tél :

Courriel :

Vous êtes : Stagiaire Commanditaire

INTITULÉ DE LA FORMATION :

Date(s) :

Lieu :

Formateur(s) :

OBJET DE LA RÉCLAMATION :

- Matériel Groupe Formateur Financier
 Autre :

DESCRIPTION DES FAITS :

DEMANDE DE SUITE À DONNER À CETTE RÉCLAMATION :

- Médiation-Discussion Arbitrage
 Remboursement partiel Remboursement total

Date :

Signature :

MERCI D'ADRESSER CE FORMULAIRE À : CONTACT@EDBN.FR