



FORMULAIRE DE RECLAMATION CLIENT

A l'adresse de :

CAPTURE COMPETENCE

Organisme prestataire d'action concourant au développement des compétences

N°433 rue Michel MONTAIGNE – 97440 SAINT-ANDRE (REUNION)

RÉCLAMANT

Personne physique

Nom : Prénom :

Personne morale

Dénomination sociale : N° SIREN :

Adresse :

Téléphone : Adresse e-mail :

LE CONTRAT SUR LEQUEL PORTE VOTRE RÉCLAMATION

Nom de votre contrat : N° de votre contrat :

1

OBJET DE LA RÉCLAMATION

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date de votre présente réclamation :

Signature du réclamant :

Date de réception :
Référence du dossier de réclamation :

(Document produit le 15/09/2020 et mis à jour le 15/08/2024)