



FICHE SIGNALÉTIQUE

Fiche n° : 001

Date : 27/06/2023

Processus associé : Licence aux établissements

Information sur le déclarant :

PRENOM ET NOM DU PHARMACIEN :

N° DE DEPOT DU DOSSIER :

DATE DE RECLAMATION :

Nature de la déclaration

Suggestion	Non-conformité / incident	Retour Partie intéressée	Dysfonctionnement	Réclamation / Plaintes	Autres :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motifs de réclamation :