

**Formulaire d'enregistrement d'une  
réclamation par un externe**

LAB/SMQ/PR03/FORM01

Version 2

Mise en application le : 10/01/2018

**NOM, Prénom :**

**N° de dossier (non obligatoire) :**

DATE :

**DESCRIPTION DE LA RECLAMATION :**

A remettre au laboratoire ou envoyer à l'adresse suivante :  
Centre Hospitalier du Pays d'Aix  
Ingénieur qualité des laboratoires  
Avenue des Tamaris  
13616 Aix en Provence Cedex

***Pour vous répondre :***

E MAIL : .....

Courrier : .....

Autre : .....

**CADRE RESERVE AU LABORATOIRE**

RC prise en compte :  OUI

NON

Fiche Kaliweb :

DATE :

NOM :

VISA :

***Procédure de réclamation disponible dans la salle d'attente ou sur VISKALI.***