L'ÉCOLE DU
BIEN NAÎTRE

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

CCS_ 25, Quai Galliéni - 92150 Suresnes
SAS au capital de 6 000 € - RCS Nanterre 851 752 477 00030 - TVA intracommunautaire FR23851752477 - APE 8559A
N° d'Activité 11922289392 (Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'état)
T : 01 46 40 00 04 - E : contact@edbn.fr - www.ecoledubiennaitre.com