

Formulaire de réclamation

Ce formulaire a pour but de vous permettre d'exercer une réclamation concernant une prestation proposée par l'AFAPCA.

Ce formulaire doit être envoyé signé à l'adresse suivante : **10 Place du Champ de Foire - 15000 Aurillac**

ou par courriel : contact@afapca.fr

LE DEMANDEUR

Nom, prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Raison sociale : _____
Téléphone : _____ Mail : _____
Statut du demandeur (bénéficiaire, bénévole, salarié...) : _____

LA DEMANDE

(Précisez l'objet de votre réclamation)

Les informations de ce formulaire sont recueillies dans le but de traiter votre demande et seront conservées le temps de traitement et de réponse de votre demande.

Fait à : _____ , le : _____ Signature du demandeur : _____

RETOUR DE L'AFAPCA

Reçu le : _____ Signature de l'AFAPCA : _____