



Réclamation Client

FICHE DE RECLAMATION

Destinée aux utilisateurs des prestations du laboratoire de biologie médicale
De l'Etablissement Français du Sang de Centre - Pays de la Loire

A REMPLIR PAR LE DECLARANT

Nom :

Date :

Etablissement
soin/ LBM :

Service :

Heure (si besoin) :

Responsable :

CONTACT DU DÉCLARANT

TÉLÉPHONE :

EMAIL :

Prestation : IHE HLA Immunologie plaquettaire

DESCRIPTION

PARTIE RESERVEE A L'EFS

NC/réclamation à enregistrer sur Swan : N°

Date

Visa