

# REGISTRE DE SUIVI DES RÉCLAMATIONS

Document de suivi qualité et gestion de la satisfaction client

Service / Département : .....

Période : du .... / .... / 20... au .... / .... / 20...

Responsable du registre : .....

| N° | DATE RÉCEPTION | NOM / CLIENT<br>(COORDONNÉES) | OBJET / MOTIF DE LA RÉCLAMATION | RESPONSABLE<br>DU SUIVI | RÉPONSE<br>ENVOYÉE                                                              | DÉCISION / ACTION<br>CORRECTIVE | DATE DE<br>CLÔTURE |
|----|----------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| 01 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 02 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 03 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 04 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 05 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 06 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 07 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 08 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 09 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 10 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 11 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 12 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 13 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |
| 14 |                |                               |                                 |                         | <div><input type="checkbox"/> Oui</div> <div><input type="checkbox"/> Non</div> |                                 |                    |

Guide de saisie : Compléter chaque ligne dès réception d'une réclamation. Indiquer la date de clôture uniquement après résolution complète et confirmation de l'action corrective.