|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***N° de fiche :*** |  | | | | | ***Date :*** | |  | | |
| A compléter par le service qualité ou logistique | | | | |
| ***Origine amélioration Qualité :*** | | Audit Interne | | Réclamation | Enquête satisfaction | | Incident majeur | | Observation | Autre (préciser) |
| Cocher la case correspondante | |  | |  |  | |  | |  |  |
| ***Origine amélioration Sécurité  :*** | | Contrôle Interne | | Réclamation | CR C.P/CR C.T | | Accident | | Observation | Autre (préciser) |
| Cocher la case correspondante | |  | |  |  | |  | |  |  |
| ***Nom & Prénom du dépositaire :*** | | |  | | | | | | | |
| ***Qualité de la partie intéressée :*** | | |  | | | | | | | |
| ***Description de la situation***  Quoi, quand, qui, conséquences, etc. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***Solution proposée par le dépositaire*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***Action proposée par le service concerné :*** | | | | | | | | | | |
| **ACTION CURATIVE □ ACTION CORRECTIVE □ ACTION PREVENTIVE □** | | | | | | | | | | |
| ***A renseigner par l’animateur·trice qualité ou la·le responsable logistique*** | | | | | | | | | | |