|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***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*** |