



FORMULAIRE DE RECLAMATION

A transmettre par mail à l'adresse contact@asmis.net

Date :

Nom : _____ Prénom : _____

Entreprise : _____

Vous êtes :

Employeur

Salarié

Votre demande porte sur :

L'adhésion

Les cotisations

La relation adhérent

Les visites médicales

Les visites infirmiers

Les examens complémentaires

Les actions en milieu de travail

Les actions de prévention

Les outils de prévention

L'accueil

Les locaux

Autres :

Précisez : _____

Votre centre de rattachement :

Abbeville

Albert

Amiens Debaussaux

Amiens Espace Industriel

Boves

Chaulnes

Corbie

Doullens

Dury

Ham

Roye

Péronne

Votre message :

Réservé au service :

Réclamation n°

Date de réponse :