

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FICHE TECHNIQUE D'INTERVENTION N° VANUM | | | |
| Le client (Nom de la société) : VALCLIENT | Module : VALMODULE | | Date de l'intervention : VALDATE |
| Nom et prénoms du (des) consultant(s) : VPAR | | | |
| Problèmes / Besoins : VALBES | | Etat : VETAT | |
| DETAILS DE L’INTERVENTION A REMPLIR PAR LE CONSULTANT | | | |
| TACHES EFFECTUEES | | OBSERVATIONS/RECOMMANDATIONS | |
|  | |  | |
| Intervention à facturer : VYES Oui VNOT Non | |  | |
| PARTIE A REMPLIR PAR LE CLIENT | | | |
| Cher(s) Clients, Chère(s) Client(s) Dans le cadre de l’amélioration de notre démarche qualité et afin de répondre au mieux à vos attentes et besoins, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir les cases suivantes.  Nous vous remercions de votre aimable collaboration. | | | |
| Nom et prénom(s) du responsable signataire :  VALSIGN | | Cachet et signature du responsable : | |
| Heure du début de l’intervention : VALHDEB | | Heure de la fin de l’intervention : VALHFIN | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FICHE TECHNIQUE D'INTERVENTION N° VANUM | | | |
| Le client (Nom de la société) : VALCLIENT | Module : VALMODULE | | Date de l'intervention : VALDATE |
| Nom et prénoms du (des) consultant(s) : VPAR | | | |
| Problèmes / Besoins : VALBES | | Etat : VETAT | |
| DETAILS DE L’INTERVENTION A REMPLIR PAR LE CONSULTANT | | | |
| RESULTATS DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION | | | |
| **Commentaires :**  CVCOM  **Qualité de l'intervention :**   * Clarté des explications : VCDE * Délais de traitement : VDDT * Qualité de la solution : VQDS   **Appréciation consultant :**   * Réactivité : VRCT * Disponibilité : VDIP * Ponctualité : VPNE * Compétence : VCOP | | | |
| Intervention à facturer : VYES Oui VNOT Non | |  | |
| PARTIE A REMPLIR PAR LE CLIENT | | | |
| Cher(s) Clients, Chère(s) Client(s) Dans le cadre de l’amélioration de notre démarche qualité et afin de répondre au mieux à vos attentes et besoins, nous vous saurions gré de bien vouloir remplir les cases suivantes.  Nous vous remercions de votre aimable collaboration. | | | |
| Nom et prénom(s) du responsable signataire :  VALSIGN | | Cachet et signature du responsable : | |
| Heure du début de l’intervention : VALHDEB | | Heure de la fin de l’intervention : VALHFIN | |