FORMULAIRE DE RECLAMATION

A retourner dûment complété à l'adresse suivante : ***Société Générale de Banques en Guinée - Service Qualité : Immeuble Boffa, Cité Chemin de Fer, BP1514 Conakry, GUINEE ou par messagerie électronique à l'adresse suivante : client.sgbg@socgen.com***

COORDONNEES

N° Client ☐☐☐☐☐☐
Agence du client :……..……
Nom :……..
Prénom :……..
Adresse :……
Boite postale/Code postal :……..Ville :……
Pays :……
Adresse Email……
N° Tél 1 : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ N° Tél 2 : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ N° Tél 3 : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Renseigner au moins un numéro de téléphone auquel vous êtes joignable

COMPTE CONCERNÉ

Si l'incident est relatif à un compte, indiquer le numéro du compte ci-dessous

Compte N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐

PROBLÈME(S) RENCONTRÉ(S)

Date à laquelle vous avez constaté le(s) problème(s), le ……..…/……..……/……...……..
Incident relatif à (Cocher la case relative au cas constaté)
□ Tarification
□ Débit sur compte
□ Clôture de compte
□ Salaire non perçu
□ Souscription produit
□ Autre (à préciser) :……..……..

DESCRIPTION DU PROBLEME

……..……..
……
……
……
……
……..
……
……
……

PIECES JUSTIFICATIVES
Veuillez joindre si possible une copie des pièces justificatives en votre possession

Nombre de pièces jointes : ☐☐

Fait à : ……..., le ……/……/……..

Signature du (des) titulaire(s) du compte