

Formulaire de réclamation

Veuillez cocher la case appropriée et compléter les informations demandées.

N.B. : Le traitement de la demande pourra être retardé si le formulaire n'est pas complété adéquatement.

Autobus - **Métro** - **Transport adapté**

RÉCLAMATION : Demande de dédommagement adressée à la STM

NOM : _____ PRENOM : _____ Âge : _____

ADRESSE (numéro civique – rue – ville – code postal)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOMICILE (_____) _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE TRAVAIL (_____) _____ CELL (_____) _____

DATE DE L'ÉVÉNEMENT _____ HEURE DE L'ÉVÉNEMENT _____

ENDROIT DE L'ÉVÉNEMENT _____

TÉMOIN(S) _____

COORDONNÉES DU OU DES TÉMOINS _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU OU DES TÉMOINS _____

NUMÉRO DU RAPPORT D'ÉVÉNEMENT (STM) SI DISPONIBLE _____

NUMÉRO DU RAPPORT DE POLICE (SPVM) SI DISPONIBLE _____

NUMÉRO DU COMMENTAIRE OU DE LA PLAINTE À LA STM (SERVICE À LA CLIENTÈLE)

MONTANT DE LA RÉCLAMATION _____

DATE D'ACHAT DE L'ARTICLE RÉCLAMÉ _____

