

FORMULAIRE DE RÉTROACTION SUR L'ACCESSIBILITÉ

Faites-nous part de vos observations au sujet des obstacles à l'accessibilité que vous avez pu rencontrer en traitant avec nous ou sur la façon dont IHR TÉLÉCOM met en œuvre son plan sur l'accessibilité.

*Champ obligatoire

Prénom :		Nom :	
Adresse électronique :			
*Commentaire ou message :			