

## 1 Coordonnées client

Merci de compléter le formulaire pour enregistrer votre demande de SAV et vous contacter en cas de besoin.

Date :

Nom de la société\* : .....

N° de client\* :

Nom & Prénom\* : .....

Adresse\* : .....

CP\* :

Ville\* : .....

N° de téléphone\* : .....

Email\* : .....

N° de fax\* : .....

*\*ces champs sont obligatoires et doivent être renseignés*

## 2 Information du litige

N° commande Drive DeVilbiss	N° commande client	Produit	Quantité	N° de série/lot	Demande d'avoir ou échange ?	Motif du litige

## 3 Informations complémentaires

.....  
 .....

## 4 Procédure de réclamation SAV

Merci de retourner ce document par fax, ou par mail :

FAX SAV : 03.83.494.391

Mail SAV : [sav@dupont-medical.com](mailto:sav@dupont-medical.com)

## 5 Prise en charge de la réclamation :

Traitée le :

N° \_\_\_\_\_