

## 1 Procédure de réclamation SAV

Pour accélérer le traitement de votre demande, merci de nous retourner ce document complété par :

↪ Fax : 03 83 495 496

↪ Mail : [sav@drivedevilbiss.fr](mailto:sav@drivedevilbiss.fr)

## 2 Coordonnées client

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.*

## 3 Information du litige

N° commande ou N° de BL drive*	Produit	Quantité	N° de série/lot*	Demande d'avoir ou échange ?	Motif du litige

*\*Ces champs sont obligatoires et doivent être renseignés.*

## 4 Informations complémentaires

.....

.....

.....

.....

**drive DeVilbiss Healthcare France**

Chaussée du Ban la Dame • Parc d'activités Eiffel Energie • ZAC du Ban la Dame • BP 19 • 54390 FROUARD  
 FRANCE • Tel 03 83 495 495 • Fax. 03 83 495 496 • [www.drivedevilbiss.fr](http://www.drivedevilbiss.fr) • SAS au capital de 4 180 536.00€ • Locataire-  
 gérant de DeVilbiss Healthcare SAS • R.C.C. Nancy B 622 034 460 / Siren 622 034 460 / Code APE 3092Z / ident. T.V.A.

FR 29 622 034 460