

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)

Téléchargement modèle  
vierge :



## 1 Coordonnées client

Date : ...../...../..... Nom de la société\* : ..... N° de client\* : .....

Nom & Prénom\* : .....

Adresse\* : ..... CP\* : .....

Ville\* : ..... N° de téléphone\* : .....

Email\* : ..... N° de fax : .....

## 2 Informations sur le produit

N° commande ou N° de BL drive*	Produit*	Quantité*	N° de série/lot*	Circonstances*
				<input type="checkbox"/> A la réception <input type="checkbox"/> Au déballage <input type="checkbox"/> Au montage <input type="checkbox"/> A l'utilisation <input type="checkbox"/> Autre à préciser : .....

## 3 Informations complémentaires

Détails du dysfonctionnement (pièce concernée, taille, couleur, côté...)*	Motif de la réclamation*	Conséquences cliniques observées*
	<input type="checkbox"/> Colis/Palette abîmé <input type="checkbox"/> Mauvaise référence reçue <input type="checkbox"/> Pièce manquante <input type="checkbox"/> Produit cassé <input type="checkbox"/> Produit non fonctionnel <input type="checkbox"/> Autre à préciser : ..... .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, à préciser : .....

## 4 Autres commentaires

.....  
 .....

**\*Ces champs sont obligatoires et doivent être renseignés pour une bonne prise en charge de votre demande.  
 Pour compléter votre demande n'hésitez pas à nous joindre des photos du dysfonctionnement.**