FORMULAIRE DE RETOUR SAV RESPIRATOIRE

☒ **Formulaire à nous transmettre par mail à : sav-respiratoire@drivedevilbiss.fr**

☒ ☐ Demande pour enlèvement ☐ Expédition par vos soins

Coordonnées client & informations logistiques

Date : ..... / ..... / 20.....

Société* : ..... N° de client* : .....

Nom & Prénom* : .....

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

Ville* : ..... N° téléphone* : .....

Email* : ..... Horaires ouverture* : .....

Nombre palette* : ..... Nombre colis* : ..... Poids total* : ..... kg Date disponibilité* : ..... / ..... / 20.....

Informations sur le produit

Produit*	N° de série*	Compteur*	Motif du retour*

(*) Tous ces champs sont obligatoires et doivent être renseignés pour une bonne prise en charge de votre demande.

Autres commentaires

.....

.....

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 • www.drivedevilbiss.fr • SAS au capital de 4 180 536.00€
R.C.C. Nancy B 622 034 460 / Siren 622 034 460 / Code APE 4646Z / ident. T.V.A. FR 29 622 034 460