

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

Fax : 03 83 495 496

Mail : 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.**