FORMULAIRE DE RETOUR SAV RESPIRATOIRE(*)

(*) Sans ce formulaire, votre demande ne sera pas traitée en priorité

Ce formulaire est à coller impérativement à l'extérieur des colis
et à nous transmettre par mail à sav-respiratoire@drivedevilbiss.fr

Coordonnées client

Date : ……/……/ 20……

Société* : …… N° de client* : ……

Nom & Prénom* : ……

Adresse* : …… CP* : ……

Ville* : …… N° téléphone* : ……

Email* : …… N° fax : ……

Informations sur le produit

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

(**) 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 • Fax. 03 83 495 496 • 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