



DATE

VOTRE REFERENCE

Joindre ce document à l'appareil lors de l'envoi

COORDONNEES DE FACTURATION
Prénom / Nom :
Raison Sociale :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
Fax :
Mail :
Activité :

COORDONNEES DE LIVRAISON (SI DIFFÉRENTE)
Prénom / Nom :
Raison Sociale :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
Fax :
Mail :
Activité :

APPAREIL CONCERNÉ

TYPE

N° SERIE

ÉLÉMENTS RETOURNÉS			
<input type="checkbox"/> Coffret	<input type="checkbox"/> Cellule	<input type="checkbox"/> Support Cellule	<input type="checkbox"/> Chargeur
<input type="checkbox"/> Télécommande	<input type="checkbox"/> Cible + Mire	<input type="checkbox"/> Autres :	

1 seul choix	Votre demande
<input type="checkbox"/>	Prise en charge sous garantie (Joindre copie de la facture client)
<input type="checkbox"/>	Devis pour réparation hors garantie
<input type="checkbox"/>	Autre (détailler dans l'encart "défaut constaté / cause du retour")

Défaut constaté / Cause de retour
.....
.....
.....
.....
.....