



DEMANDE DE RETOUR CLIENT

A retourner par FAX au 04 42 90 16 06

* Champs obligatoires

Retour demandé par* :	<input type="text"/>	Date :	<input type="text"/>
Société* :	<input type="text"/>	Téléphone* :	<input type="text"/>
Code client* :	<input type="text"/>	Fax :	<input type="text"/>
Votre interlocuteur :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>

Marque produit*	Référence produit*	Qté*	Numéro de série*	Motif du retour*	Numéro de Facture ou BL*	Observations (ne pas remplir)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Instructions pour remplir ce formulaire :

Remplissez la totalité de ce formulaire le plus clairement possible.

La description du problème doit être détaillée.

.....

Tout produit doit nous être retourné complet (Emballage et accessoires d'origine)

Vous recevrez un accord de retour par fax ou E-Mail.

N'envoyer aucun produit avant d'avoir obtenu un accord de retour.

Toute demande incomplète ne pourra être prise en compte