

FORMULAIRE DE TRAITEMENT SAV
 « ECHANGE SOUS GARANTIE »



Date de la demande : ____/____/20____ Société : _____

Adresse de livraison : _____

Réf client : _____

Tél : _____ Fax : _____

Email : _____ @ _____

Nom du demandeur : _____

Signature

Intitulé	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Produit 4
Référence				
Désignation				
Quantité				
Défait constaté				
Veuillez indiquer le défaut exact. HS, ne fonctionne pas, ne marche pas, ne sont pas des défauts.				

Pour obtenir un numéro RMA, merci de faxer ce formulaire avec le(s) bon(s) de livraison du(es) produit(s) concerné(s) à la société UDSR au **03 87 05 47 79**

PARTIE RESERVEE A UDSR

Numéro RMA
(valable 15 jours)

Merci d'indiquer ce numéro sur votre colis à l'adresse de retour :



Rue des Métiers
57670 FRANCAITROFF

RAPPORT D'EXPERTISE PRODUIT

Réceptionné le ____/____/20____ Par : _____

CONTROLE VISUEL

Date code				
N° de série				
Conforme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

CONTROLE FONCTIONNEL

Effectué le Par	____/____/20____	____/____/20____	____/____/20____	____/____/20____
Fonctionnel	<input type="checkbox"/> oui ⇨ retour de votre produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ retour de votre produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ retour de votre produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ retour de votre produit <input type="checkbox"/> non
Produit sous garantie	<input type="checkbox"/> oui ⇨ envoi d'un produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ envoi d'un produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ envoi d'un produit <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ⇨ envoi d'un produit <input type="checkbox"/> non
Commentaire

PARTIE RESERVEE AU CLIENT (pour un produit hors garantie)

Votre produit est hors garantie, doit-on : <input type="checkbox"/> vous le retourner en l'état <input type="checkbox"/> le détruire	<input type="checkbox"/> vous le retourner en l'état <input type="checkbox"/> le détruire	<input type="checkbox"/> vous le retourner en l'état <input type="checkbox"/> le détruire	<input type="checkbox"/> vous le retourner en l'état <input type="checkbox"/> le détruire
--	--	--	--

Sans réponse de votre part dans les 15 jours, votre produit sera détruit.

Date : ____/____/20____

Signature client