FICHE RETOUR SAV

Adresse de retour produits : ECLAIX
1120 Route de la Grave
06440 L'ESCARENE

Nom de votre entreprise		**Interlocuteur**	
Téléphone		**Mail**	
Produit (ref)		**Nombre**	
Date de fabrication		**Bon de fabrication**	N°FB

Analyse du produit (état + accessoires) :
Problèmes constatés :
Date du retour : / /

Accord préalable au rapatriement :
Je demande la prise en charge du forfait rapatriement + expertise **OUI** ☐ **NON** ☐
Bon pour accord de prise en charge du devis.....de rapatriement et son expertise qui sera facturé en cas d'exclusion de garantie.

VISA Client :

Solutions proposées par nos experts ECLAIX : Bon de retour : N° .....

Analyse des problèmes rencontrés :
Solutions proposées :
Prise en charge par la garantie : ☐ **OUI** ☐ **NON**