FICHE DE RETOUR EN SAV

Référence	Rév.	Date	
ENR030	3	10/03/2023	1 sur 1

Date d'envoi du DM	*Rédacteur*	*Fonction*

Motif du retour	Nom de la société, adresse
☐ Devis de réparation	
☐ Réparation sous garantie	
☐ Divers	
☐ Echange	

Nom du contact		eMail :	
N° Téléphone		N° de fax.:	

Marque	*Modèle*	*N° de série*	*Compteur horaire*

Date d'achat	*DM sous garantie*	*Carton d'origine*
	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Accessoires accompagnant le DM	
☐ Batterie N° de série	☐ Chargeur N° de série
☐ Bloc alim N° de série	☐ Cordon alimentation
☐ Humidif. N° de série	☐ Circuit patient
☐ Autre(s)	

Description du problème constaté

⚠	☐ Produits désinfectés	En cochant la case ci-contre, vous certifiez que les produits sont nettoyés et désinfectés.

Cachet du prestataire	*Prénom, nom de l'expéditeur*
	Fonction de l'expéditeur
	Signature

Adresse d'expédition :

L3 Médical SAV - 8, Rue de la Pierre Millière - 38070 Saint Quentin Fallavier
Tél. : 04 74 82 57 27 - Fax. : 04 74 82 79 38 - Emails : technique@l3medical.com / savbreas@l3medical.com