

## RETOUR SAV

Nom de votre Société

Votre nom

Adresse

Coordonnées de votre distributeur

Tél

Votre contact chez ce distributeur

Fax

Mail

Sanitaire Electricité 

Date d'expédition

Date d'achat

Référence

Lieu d'achat

produit

Panne de l'outil (*diagnostic en quelques lignes*)**IMPORTANT**Noubliez pas de joindre la copie de la facture d'achat avec ce document (*obligatoire dans le cadre de la prise en charge sous garantie*).

Signature :

**ENREGISTRER****IMPRIMER**