

FORMULAIRE A RENVOYER A :

sav@comintes.fr

COMINTES, 10 rue Ampère 95500 GONESSE

Fax : 01.34.07.99.19

ATTENTION :
CE DOCUMENT NE CONSTITUE PAS UN ACCORD DE PRISE EN CHARGE PAR LA GARANTIE

DATE DEMANDE :

NATURE DE LA DEMANDE :

Achat

Garantie

CLIENT	REVENDEUR
NOM :	Code client Comintes : (N° figurant sur vos factures commençant par C00...)
PRENOM :	
ADRESSE :	NOM/ENSEIGNE :
VILLE :	VILLE :
CODE POSTAL :	CODE POSTAL :
N° portable :	
N° téléphone fixe :	Documents envoyés :
E-mail : @	Preuve d'achat : <input type="radio"/>
Date d'achat : / / (joindre impérativement la preuve d'achat (ticket de caisse ou facture))	Photos : <input type="radio"/>

ARTICLE ACHETE

FABRICANT : (marque du produit)
Référence produit fini : (inscrire les 6 derniers chiffres du code barre figurant sur l'emballage)
Couleur(s) produit fini : (coloris unicolore ou bicolore)
Choix de livraison Chez le client Chez le revendeur

Référence pièce <i>Voir notice de montage</i>	Désignation	Quantité	Motif de la demande SAV Anomalie constatée

Commentaires :