

FICHE SAV CLIENT « A RENSEIGNER ET A FAXER AU : 02-43-71-21-66 »

CADRE RESERVE AU DISTRIBUTEUR

| | |
|----------------------------------|---|
| Date : | Nom et adresse du distributeur : |
| Interlocuteur : | |
| Vos références dossiers : | |
| Votre N° de téléphone : | |
| Votre N° de FAX : | |
| Contact installateur : | |

Type, indice et date à relever sur l'étiquette signalétique

« Un type d'appareil par fiche - joindre une photocopie de la facture d'achat par produit »

| Type ex 1181 4BB | Indice 01 | Qté *1 | Date 50/06 | Décrire le défaut « Sans explication claire votre réclamation ne sera pas prise en compte » |
|---------------------|--------------|-----------|---------------|--|
| | | | | |

REPONSE APPLIMO :

Cet avis émarginé sera validé si le défaut que vous nous signalez est confirmé lors de l'analyse SAV

| | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> AVOIR <input type="checkbox"/> AVEC RETOUR <input type="checkbox"/> RAPATRIEMENT ASSURE ET AU FRAIS D'APPLIMO <input type="checkbox"/> ECHANGE <input type="checkbox"/> SANS RETOUR* <input type="checkbox"/> RAPATRIEMENT ASSURE PAR VOS SOINS ET À VOS FRAIS <input type="checkbox"/> DEVIS DE REPARATION | Visa |
| «Tout retour doit être accompagné de cette fiche visée par Applimo et collée sur la tranche de l'emballage produit » | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

RECEPTION SAV

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| Remarque lors de la réception : | | |
| Date : | Fiche SAV traitée par : | |
| N° de réclamation : | N° de compte de regroupement : | |
| Test à effectuer à réception <input type="checkbox"/> aspect visuel <input type="checkbox"/> test de fonctionnement <input type="checkbox"/> test sur banc de contrôle <input type="checkbox"/> transmettre à la qualité | Description du défaut constaté : | |
| Code défaut : | Traitement : | N° d'avoir / échange / retour : |