

# FICHE DE PRISE EN CHARGE SAV

DATE :

- Société :
- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Email :
- Téléphone :

- **TYPE DE SAV :**                      SOUS GARANTIE                      AVEC DEVIS

DEFAULT CONSTATE :

ACCESSOIRE FOURNIS :

En cas de refus du devis, les frais forfaitaires de devis et port s'élèveront à 55€ Frais de prise en charge forfaitaire de 20€ si abandon du matériel confié

- A NOUS RETOURNER A L'ADRESSE CI-DESSOUS

PHOTO MEDICALE  
24 Av Victor Hugo  
26000 Valence  
Tél : 04.75.44.28.68  
Email : contact@photo-medicale.com