RETOUR SAV

Document à envoyer par mail
ET à joindre impérativement à votre colis retour

NOM* : .....

Prénom* : .....

Adresse :

Rue* : .....

CP* : .....

Ville* : .....

N° COMMANDE* : .....

Mail* : .....

Téléphone* : .....

Demande de prise en charge de Sav-Garantie / Retour / Echange

(rayer la mention inutile)

Référence article* : .....

Désignation* : .....

Marque* : .....

Date d'achat* : .....

Copie de la Facture
OBLIGATOIRE

*Champs obligatoires

Décrivez votre demande*

Pour imprimer cette page
depuis votre navigateur
icône imprimante en haut à droite

Retours colis à
SAS VIRAGE FRANCE
14 rue Soleau
06300 NICE