

FORMULAIRE ACCORD DE RETOUR A REMPLIR

**ET A RETOURNER PAR EMAIL A : j.schnebelen@intermed-distribution.com
POUR ACCORD PUIS JOINDRE LE FORMULAIRE SIGNE PAR NOS SOINS AU COLIS SVP**

1. Informations sur le demandeur

Nom du point de vente	*	<input type="text"/>	
Nom de l'interlocuteur	*	<input type="text"/>	
N° de téléphone	*	<input type="text"/>	* n° de fax <input type="text"/>
Adresse e-mail	*	<input type="text"/>	
Adresse exacte	*	<input type="text"/>	
Code postal	*	<input type="text"/>	
Ville	*	<input type="text"/>	

2. Informations sur le client (consommateur final) FACULTATIF

Nom . Adresse téléphone	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

3. Informations sur le produit

Marque	*	<input type="text"/>	Référence	<input type="text"/>
N° de série	*	<input type="text"/>		
Date d'achat consommateur	*	<input type="text"/>		

4. Conditions d'apparition du problème

Description	*	<input type="text"/>
-------------	---	----------------------

Statut à cocher Panne déballage Sous garantie Hors garantie

6. Adresse de retour

**INTERMED DISTRIBUTION
179 Boulevard Charles de Gaulle
BP 90222
37542 SAINT CYR SUR LOIRE**

IMPORTANT : Tous les champs munis d'un * doivent être remplis pour que la demande soit validée par nos services. Ceci étant, nous vous invitons également à remplir les champs facultatifs dans le but de nous donner le maximum d'informations et nous permettre ainsi d'améliorer constamment notre service. En outre, nous attirons votre attention sur le fait que la saisie d'une adresse e-mail permet la délivrance quasi instantanée de l'accord de retour
Si les tests concluent que le produit n'est pas en panne, INTERMED facturera les frais de transports et de recherche de panne

Date:

Signature et cachet de l'entreprise:

Cadre réservé à INTERMED DISTRIBUTION