



FORMULAIRE DE DEMANDE DE SAV

A joindre impérativement à votre produit

Date :

Interlocuteur Capitol Pharma : Aurore Kahina Emilie Autres :

COORDONNEES CLIENT ET PATIENT

Pharmacie :

Nom et Prénom du patient :

Nom et Prénom du contact Pharmacie :

INFORMATIONS MATERIEL

N° de facture : Ou N° de BL :

Type Modèle du matériel :

Marque..... N° de série..... Accessoires :

Description de la demande de SAV :

.....
.....
.....
.....
.....

Cadre réservé au service technique de la société CAPITOL PHARMA

Matériel sous garantie Oui Non

Devis n° effectué le..... Validé le

Réparations effectuées :

M.O. :H.....

.....
.....
.....
.....

Matériel réparé par le Et nettoyé et désinfecté par le.....

Matériel retourné réparé le Non réparé le