



All Modul Health IT BV  
Damzigt 13  
3454 PS De Meern  
+31 (0)30 20 40 260  
Pays-Bas

# Formulaire RMA

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Nom de la personne de contact : .....

Numéro de téléphone : .....

Nom du modèle de l'article défectueux : .....

Numéro de série de l'article défectueux : .....

Problème de l'article défectueux :

**Ne pas envoyer les batteries, adaptateurs ou autres accessoires**

**(sauf si ces articles sont la cause ou sont également défectueux).**

Cocher si c'est lu.

**Merci de signer pour accord des informations et inclure le document, dans le colis (avec l'appareil sans les accessoires) à nous retourner.**