All Modul Health IT BV
Attn. Service
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 : .....

E-mail : .....

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.