



RETOUR SAV

NOM* :
PRENOM* :
Adresse
RUE* :
CP* :
VILLE* :

N° DE CLIENT* :
ADRESSE MAIL* :
TELEPHONE* :

Demande de prise en charge de Sav-Garantie / Retour / Echange.
(Rayer les mentions inutiles)

Reference de l'article* :
Designation :
Marque :
Date d'achat* :



*Champs Obligatoire

Decrivez nous votre demande* :

Pour imprimer cette page
Clic droit sur l'image
Imprimer l'image.



Envoyez votre demande à
SERVICE CLIENT UDSPORT
LA GLACIERE - CHEMIN DES ECOLES
06200 NICE