



# 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