

Formulaire d'autorisation retour matériel / Return material authorization

Merci de bien vouloir compléter ce formulaire et nous le retourner par fax ou par mail

Fax : 01 69 41 22 41 Mail : contact@medixlab.fr

Please completing this form and return it by fax or by mail

Fax : +33 1 69 41 22 41 Mail : contact@medixlab.fr

Pour toute demande de renseignement technique complémentaire, vous pouvez contacter notre service client au numéro
Tel : 01 69 41 10 00

If you have a request for technical information, please contact our customer service number

Phone : +33 1 69 41 10 00

Veillez noter que les prestations ne pourront débuter qu'à réception de votre bon de commande.

Please note that benefits will not start which reception of your order

Merci d'emballer vos instruments et accessoires dans l'emballage d'origine ou de les protéger de façon adéquate afin d'éviter tout dommage pendant le transport, et d'y joindre ce document.

Please pack your instruments and accessories in the original packaging, or to protect adequately to avoid damage during transport, and attach this document.

Nous vous préconisons de joindre à votre matériel le dernier certificat d'étalonnage.

We recommend joining with your material the last calibration certificate.

Merci de bien vouloir mentionner le numéro de RMA suivant sur tous vos colis.

Please mention the RMA number on your package.

	Adresse de facturation / Billing address	Adresse de livraison / Delivery address (si différente / if different)
Société / Company Name		
Nom du contact / Contact		
Adresse / Address		
Ville / City		
Code postal / ZIP code		
Téléphone / Phone		
Fax / Fax		
E-mail / E-mail		
N° de TVA / VAT number		

Constructeur / Constructor		
Modèle / Product		
Numéro de série <i>Serial number</i>		
Prestation à effectuer <i>Acts to realize</i>	Etalonnage / Calibration Réparation / Repair	Vérification / Conformance Sous garantie / Warranty Extension

Demande spécifique ou problèmes rencontrés / *Specific request or problems :*

N'hésitez pas à nous contacter pour tout complément d'information.

Don't hesitate to contact us for further information.

Expéditeur / Shipper :

RMA N°

Destinataire :

MEDITEST - MEDIX LAB
184 Rue Tabuteau
Boîte postale 80345
78533 BUC CEDEX