

IDENTIFICATION

A remplir en caractères d'imprimerie

Instrument :		No. de catalogue :	
Date d'achat :		No. de facture :	
No. série/ lot :		Date 1 ^{er} usage :	
Réclamation formulée par	Personne de contact		
Entreprise/Organisation	Nom:		
Adresse :			
	No. téléphone:		
Code postal / Ville :	No. fax:		
Pays :	Email:		

DESCRIPTION DU CAS

Image jointe : oui non

PIECES DE RECHANGE

Quantité	No. de catalogue	Description

A remplir par Socorex uniquement

Traitement SAV : oui non
Demander retour pour inspection: oui non

ANALYSE ENG/R&D/MQS:

Date / Visa: _____

A remplir par Socorex uniquement

Reçu par:	Date:	Distribution:
Garantie: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RE: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Réponse au client: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Liquidé par :	Date:	