

FORMULAIRE DE DEMANDE DE GARANTIE SAV

Merci de bien vouloir nous retourner ce document par FAX: 04 90 25 73 85 ou mail: garantie@sacim.fr
votre contact: Philippe 04 32 74 30 29

CONCESSIONNAIRE

Nom: Code client:

Adresse:

Ville: Code postal:

Téléphone:

VEHICULE

Modèle: Couleur:

N° serie: Kilométrage:

Date:

| Ref. Pièces defectueuses | Designation | Quantité |
|--------------------------|-------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Cadre réservé à ACSUD-SACIM

- Garantie acceptée
 Garantie refusée



motif: le: