

FORMULAIRE SAV MEDIWALK

NOM et PRENOM	N°FACTURE	N°IMEI de votre produit
Date d'achat	Votre adresse mail	

Merci de bien vouloir indiquer ci-dessous le motif de votre retour :



Adresse de retour : MEDIWALK | 229 Rue Solferino 59000 Lille

Formulaire à compléter et à renvoyer accompagné de votre produit