

# 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 | 7. Rue Mirabeau 62640 Montigny en Gohelle

Formulaire à compléter et à renvoyer accompagné de votre produit