



BON DE RETOUR SAV

GAMME MÉDICALE



Adresse de retour

SAV DJO France

Centre Européen de Frêt
3 rue de Bethar
64990 MOUGUERRE
Tél : 05 59 52 80 90
Fax : 05 59 52 80 91
contact.sav@DJOglobal.com

Adresse de facturation (écrire en MAJUSCULE)

Société :
Nom&Prénom :
Adresse :
Comp. Adr :
CP & Ville :
Tél / Portable :
Email :

Adresse de livraison (si différente de l'adresse de facturation)

Société :
Nom&Prénom :
Adresse :
Comp. Adr :
CP & Ville :
Tél / Portable :

Désignation	
N° de Série	
Votre référence interne	

Accessoires inclus (quantité)	
Câbles	
Applicateur / Transducteur	
Chargeur	
Batterie	
Trousse de transport	

→ Ce bon est à retourner impérativement avec votre produit.

Merci de bien vouloir conserver un double de ce bon de retour afin de faciliter toute recherche.

Designation & code Symptome	Designation & code Symptome
1 - MESSAGE ERREUR :	7 - NE S'ALLUME PAS
2 - CHUTE / CASSE	8 - PROBLÈME DE CONNEXION / CABLE
3 - PROBLÈME CLAVIER / MOLETTE / ECRAN TACTILE	9 - BRUIT / GRINCEMENT
4 - PROBLÈME AFFICHAGE	10 - AUTRE :
5 - PROBLÈME D'ÉMISSION / PRESSION	11 - DÉCHARGE ÉLECTRIQUE
6 - PROBLÈME DE CHARGE	12 - PROBLÈME SYNCHRONISATION WIRELESS
Panne permanente : Merci de donner le maximum de détail sur votre panne	Panne aléatoire : Préciser les circonstances (Programme/à froid/après une utilisation prolongée)
.....	
.....	
.....	

Merci de contacter la hotline pour avis technique au 05 59 52 68 18 ou support@djoglobal.com avant de nous renvoyer votre appareil.
Pour le tarif des réparations, veuillez consulter les ANNEXES du présent document.

Tout bon de retour mal rempli donnera lieu à un devis.

- 1- **Cas de l'appareil sous garantie : Joindre impérativement la copie de la facture.**
Appareil en panne au déballage (facture de moins d'1 mois)
Appareil sous garantie
Les accessoires (batteries, câbles, chargeur...) défectueux ne faisant pas partie de la garantie, ils seront proposés sur devis.

Bon pour accord	
Date	Signature

- 2- **Cas de l'appareil hors garantie : OPTION A – Forfait Max**
Je donne mon accord pour la réparation de mon appareil, le remplacement des accessoires et la facturation au coût maximum défini dans l'ANNEXE A.

Bon pour accord	
Date	Signature

- 3- **Cas de l'appareil hors garantie : OPTION B – Devis**
Je demande un devis avant réparation
Si je refuse le devis, je devrais régler les frais devis + les frais de port afin de pouvoir récupérer mon appareil.

Bon pour accord	
Date	Signature

MARQUE	THÉRAPIE	DÉSIGNATION	GARANTIE (ANS)	FORFAIT MAX* PRIX EN € HT
CEFAR COMPLEX / COMPLEX PROFESSIONAL	ÉLECTROTHÉRAPIE PORTABLE	REHAB 400	2	250
		THETA 500	2	
		MI THETA 600	2	
		PHYSIO 5	2	
		COMPLEX 3	2+3	
WIRELESS PRO		MODULE WIRELESS PRO (UNITÉ)	3	100
		REMOTE WIRELESS PRO	3	130
		DOCKING WIRELESS PRO	3	250
CHATTANOOGA		REHAB	3	250
		THETA	3	
		PHYSIO	3	
		VITALSTIM PLUS	2	350
		CEFAR TENS	3	130
CEFAR		PERISTIM PRO	2	150
		PRIMO PRO	2	
		REHAB X2	2	
EMPI		PHYSIO 4	2	Sur devis
		DIRECT TENS	2	70
CHATTANOOGA	PHYSIOTHÉRAPIE	INTELECT ADVANCED (SANS APPLICATEUR)	3	300
		INTELECT MOBILE (SANS APPLICATEUR)	3	250
		MOBILE 2	2	300
		INTELECT NÉO	2	Sur devis
		TÊTE ULTRASON (TOUT MODÈLE)	1	200
		APPLICATEUR LASER : CALIBRATION ANNUELLE	1	150
		APPLICATEUR LASER : RÉPARATION + CALIBRATION	1	500
		MODULES POUR INTELECT ADV	3	300
		LASER HAUTE PUISSANCE HPL7 ET HPL15	2	Sur devis
		INTELECT VITALSTIM	3	Sur devis
		ONDES COURTES	INTELECT SHORTWAVE 100	3
	INTELECT SHORTWAVE 400		2	Sur devis
	ONDES DE CHOC	FOCUS SHOCKWAVE	2	Sur devis
		RÉVISION PIÈCE À MAIN FOCUS SW	2	850**
		RÉPARATION PIÈCE À MAIN FOCUS SW	2	Sur devis
		INTELECT RPW (SANS D-ACTOR ET V-ACTOR)	3	Sur devis
		RPW MOBILE (SANS D-ACTOR ET V-ACTOR)	3	Sur devis
		D-ACTOR ET V-ACTOR (HORS KIT DE RÉVISION)	1	650**
		RPW LITE	3	Sur devis
		INTELECT RPW 2	3	Sur devis
		FALCON HANDPIECE	1	Sur devis
		V-ACTOR HF	1	Sur devis
	LASER	LIGHTFORCE®	1	Sur devis
		COMPANION®	1	Sur devis

* Une majoration des frais de port pourra être appliquée hors France métropolitaine.

** La réparation de ce produit et donc ce prix ne peut être soumis à aucune remise.

*** Hors graissage et entretien (voir manuel)

ANNEXE A (SUITE)

PRIX DES FORFAITS MAXIMUM

MARQUE	THÉRAPIE	DÉSIGNATION	GARANTIE (ANS)	FORFAIT MAX*
				PRIX EN € HT
CHATTANOOGA	TABLE	TABLES REGION : ELECTRONIQUE/MÉCANIQUE	3	Sur devis
		TABLES REGION : COUSSINS	2	Sur devis
		TABLE MONTANE : ELECTRONIQUE/MÉCANIQUE***	3	Sur devis
		TABLE MONTANE : COUSSINS	2	Sur devis
		TABLE MONTANE COLUMBIA	1	Sur devis
		TABLE GALAXY : ELECTRONIQUE/MÉCANIQUE***	3	Sur devis
		TABLE GALAXY : COUSSINS	2	Sur devis
		TABLE TRACTION 6M, 6E, TTET300 : ELECTRONIQUE/MÉCANIQUE***	3	Sur devis
		TABLE TRACTION 6M, 6E, TTET300 : COUSSINS	2	Sur devis
	TRACTION	APPAREIL DE TRACTION	2	Sur devis
	THERMOTHÉRAPIE	Cuves Hydrocollateurs	1	450
CPM		ARTROMOT	2	Sur devis
VENAFLOW	COMPRESSION VASCULAIRE	Venaflow Elite	3	400

ANNEXE B

PRIX DES PRESTATIONS ANNEXES

CODE	DÉSIGNATION	FORFAIT : HORS FRAIS DE PORT	
		PRIX EN € HT	PRIX EN € TTC
FREIGHT	Frais de port France metropolitaine	12,50	15
FREIGHT2	Frais de port pour appareils volumineux (prix pour 1 aller en France metropolitaine)	80	96
FREIGHT-EXPT	Forfait transport Hors France metropolitaine	Sur devis	
DEVIS	Coût forfaitaire réalisation d'un devis (à régler en cas de refus)	20,83	25