

RETOUR CLIENT

Numéro de retour:

Date du retour:

/ /

Nom de client: _____

Téléphone jour: _____

Téléphone soir: _____

Marchandises

Produits retournés: _____

Raisons du retour: _____

Suivi du retour

Référence de retour compagnie: _____

Date du suivie avec la compagnie: _____

Légende

R: Produit réparé par la compagnie

RC: Produit remplacé par la compagnie

CRÉDIT: Produit crédité par la compagnie

Preuve d'achat (OBLIGATOIRE)

Facture en annexe: OUI ☐ NON ☐

Référence de la facture:

de facture:

Nom du client:



Responsable des garanties: LUC BOUILLON
lucbouillon@alternative113.com

113 St-Germain Est, Rimouski (QC) G5L 1A5
Tél: (418)721-0052 Fax: (418)721-0050

Numéro de retour: _____

Marchandises retournées: _____

Numéro de facture : _____