RETOUR DE MARCHANDISE AUTORISÉ

USAGE INTERNE SEULEMENT
RMA#:
APPROUVÉ PAR:
DATE:

S.V.P., ENVOYEZ CE PDF PAR COURRIEL À : rma_mtl@apainc.ca OU PAR FAX AU 514.276.6327

COMPAGNIE : _____

N° DE CLIENT : _____

NOM : _____

TÉL. / CELL : _____ EXT: _____

COURRIEL : _____

☐ **Remplacement sur garantie**

☐ **Réparation sur garantie**

☐ **Retour & Crédit** Des frais de RESTOCKAGE seront facturés

S.V.P. INDIQUEZ LE CODE DE RETOUR POUR CHAQUE PRODUIT

- **A** Erreur d'expédition
- **B** Expédition en double
- **C** Endommagée durant le transport
- **D** Délai trop long
- **E** Défectueux (préciser)
- **F** Fuite de liquide
- **G** Pièces manquantes
- **H** Refus du client
- **I** Mauvais fini
- **J** Client a annulé la commande
- **K** Autre (préciser)

USAGE INTERNE SEULEMENT

N°.item	Qté	Code	Description du problème si nécessaire	N°.facture	N°.PO	Prix Ch.	Montant

S.V.P. INDIQUEZ LE NOMBRE DE BOÎTES EXPÉDIÉES

COMMENTAIRES:

SOUS-TOTAL	
RESTOCKAGE %	
TOTAL	

SIGNATURE DU CLIENT: _____ DATE : _____

En signant ce document, vous acceptez toutes les conditions et pris connaissance des frais, le montant du crédit estimé et les résultats.

USAGE INTERNE SEULEMENT		
	RAMASSÉ PAR :	DATE :
	REÇU PAR :	DATE :