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 : _____ Nº DE CLIENT : _____

NOM : _____ TÉL. / CELL : _____

☐ **Remplacement sur garantie**
☐ **Réparation sur garantie**
☐ **Retour & Crédit** Des frais de RESTOCKAGE seront facturés

N°.item	Qté	C-R	Description du problème	N°.facture

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)

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 :