RETOUR DE MARCHANDISE AUTORISÉ

USAGE INTERNE SEULEMENT	
RMA#:	
APPROUVÉ PAR:	
DATE:	

S.V.P., ENVOYEZ CE PDF PAR COURRIEL À : rma_qc@apainc.ca OU PAR FAX AU 418.681.1075

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

N°.item	Qté	Code	Description du problème si nécessaire	N°.facture	N°.PO	USAGE INTERNE SEULEMENT 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 :