



# 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 : \_\_\_\_\_

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 : _____