

AUTORISATION DE RETOUR DE MARCHANDISE

Date: _____

Personne Contact : _____

Nom du Détaillant: _____

Tel.:# _____

Adresse du Détaillant: _____

Fax #: _____

QTÉ	# MODEL	# SÉRIE DU PRODUIT	PLAINTÉ	NOM DU CLIENT

INSTRUCTIONS

1. Veuillez compléter ce formulaire d'autorisation et l'envoyer par fax au: 514-745-6068 ou 1-888-553-7827 à l'attention du **Dept. de Service** accompagné de la facture d'achat d'origine.
2. Une preuve d'achat doit être fournie avec la marchandise retournée ou la garantie ne sera pas **VALIDE**.
3. **Ne pas** expédier la marchandise dans l'emballage d'origine. SVP, expédier les produits et l'emballage d'origine dans une caisse d'expédition appropriée.
4. Le numéro du retour doit être indiqué sur la boîte d'expédition et envoyée par le courrier de votre choix, transport prépayé. Si le numéro du retour n'apparaît pas sur la boîte d'expédition, celle-ci sera **REFUSÉE** par le Département des Retours.
5. Tout produit refusé (hors garantie) suite à l'inspection sera automatiquement retourné port dû. Tout produit sous garantie, remplacé ou réparé sera retourné port payé.

.....
Pour l'utilisation du bureau seulement.

RA #

DATE D'ÉMISSION:

.....
**** Le numéro de retour sera valide seulement pour une durée de 30 jours à partir de la date d'émission. Tous produits qui seront retournés après les 30 jours seront refusés****