EFFACER | ENREGISTRER | SOUMETTRE

FORMULAIRE DE RETOUR

#AUTORISATION DE RETOUR:

NOTE: TOUT RETOUR DE MATÉRIEL EST SUJET À VÉRIFICATION AVANT D'ÉMETTRE LE CRÉDIT

FICHE CONTACT

NOM DU CLIENT: _____

DATE: _____

TÉLÉPHONE: _____

ADRESSE: _____

PERSONNE RESSSOURCE: _____

NOM DU REPRÉSENTANT DTD: _____

PIÈCES À RETOURNER

QTÉS	# PIÈCE	RAISON DU RETOUR	# FACTURE DTD	NOTE

ESPACE RÉSERVÉ À DTD

EN	NB	L	LP	NR	D

ESPACE RÉSERVÉ À DTD

Reçu par:	
Date:	
Vérifié par:	
Date:	
Approuvé par:	
Date:	

Toute pièce retournée doit avoir été achetée dans les 12 mois précédent la date de cette demande. Les pièces doivent êtres dans un parfait état de revente et dans leur emballage d'origine.

Veuillez nous faire parvenir votre formulaire rempli par courriel à ventes@dtd2009.ca ou par fax 514.353.2335. Merci!