OXYMAX
FOURNITURES INDUSTRIELLES

MARIEVILLE
TÉL.: (450) 460-7255
FAX.: (450) 460-2400
WWW.OXYMAX.CA

*PARTENAIRE DE VOTRE SUCCÈS DEPUIS 1961*

# FORMULAIRE DE RETOUR DE MARCHANDISES

Date: 14-05-16

**Faire parvenir le formulaire par**

Courriel: groupeachat@oxymax.ca

**Fax: (450) 460-0466**

**Numéro de client:** _____

**Compagnie:** _____

**Adresse:** _____

_____

**Téléphone:** _____

**Télécopieur:** _____

**Courriel:** _____

**Personne contact:** _____

**NE PAS RETOURNER LA MARCHANDISE AVANT D'AVOIR OBTENU VOTRE # DE R.M.A.**

(VOIR PROCÉDURES ET CONDITIONS AU VERSO)

| N° DE PRODUIT | QTÉE | DESCRIPTION | N° DE FACTURE | RAISON DU RETOUR |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Nous vous ferons parvenir par télécopieur, une copie de votre RMA lorsque l'autorisation sera complétée.**

**Le crédit correspondant à votre RMA est déterminé par une inspection visuelle et approuvé par notre département des réceptions de marchandises**

Cette partie du formulaire est réservée au service des réceptions et retours.

**RMA #:**

**AUTORISÉ PAR:**

**FRAIS DE RETOUR %:**

**FRAIS DE TRANSPORT :**

ENVOYEZ IMPRIMEZ