MARIEVILLE | OXYMAX.CA
Tél. : 450 460-7255 | Fax. : 450 460-2400

PARTENAIRE DE VOTRE SUCCÈS DEPUIS 1961

FORMULAIRE DE RETOUR DE MARCHANDISES

DATE :

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)

Nº DE PRODUIT	QTÉ	DESCRIPTION	Nº 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.

Faire parvenir le formulaire par courriel : groupeachat@oxymax.ca

IMPRIMEZ

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

RMA # :	**FRAIS DE RETOUR % :**
AUTORISÉ PAR :	**FRAIS DE TRANSPORT :**