



29, rue de la Gare - Saint-  
Amé  
88125 VAGNEY CEDEX  
Tél. 03 29 26 26 00  
Fax. 03 29 26 26 88

## DEMANDE D'AUTORISATION POUR UN RETOUR PRODUIT (A REMPLIR PAR LE CLIENT)

**Date d'émission \*** : \_\_\_\_\_  
Référence pour le client : \_\_\_\_\_  
Code client (6 chiffres) : \_\_\_\_\_  
**Société \*** : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP / Ville : \_\_\_\_\_

Personne à contacter :

**NOM \*** : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
**Tél Direct \*** : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_\_  
**Email \*** : \_\_\_\_\_

### **Données produits à retourner**

Code article :

**Désignation \*** :

Quantité livrée :

sur commande n° / facture n° :

**Quantité à retourner \*** :

**N° lot pour consommables \*** :

**N° de série pour appareil / machine \*** :

### **MOTIF DU RETOUR (\*):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problème qualité                                 | <input type="checkbox"/> Erreur de commande       |
| <input type="checkbox"/> Réparation sous garantie (joindre justificatifs) | <input type="checkbox"/> Fin de location          |
| <input type="checkbox"/> Réparation hors garantie                         | <input type="checkbox"/> Echantillons pour essais |
| <input type="checkbox"/> Erreur de livraison                              | <input type="checkbox"/> Autres, préciser         |

**Description de l'anomalie / du problème rencontré (à remplir impérativement) :**

**Autres renseignements utiles (ex : pour les consommables, préciser le type d'appareils / machines utilisés ; pour les appareils/machines : nombre d'heures d'utilisation) :**

**Signature du client :**

**\* = à renseigner obligatoirement**

**Toute demande reçue incomplète ne pourra être prise en compte par nos services**

A réception de votre demande, nous vous ferons parvenir un bon de retour à joindre à votre colis/palette.