

# Formulaire pour retour de pièces détachées

Adresse / Cabinet :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Date : .....

Interlocuteur : .....

Téléphone : .....

E-Mail: .....

Distributeur : .....

N° de confirmation de commande / bon de livraison : \_\_\_\_\_

N° de série du fauteuil dentaire :

Raison du retour:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Réparation                 | <input type="checkbox"/> Réclamation |
| <input type="checkbox"/> Réparation avec devis      | <input type="checkbox"/> Retour de   |
| <input type="checkbox"/> Retour pour note de crédit | pièce de prêt                        |

.....  
 .....  
 .....

Quantité Menge	N° d'article Artikelnummer	N° de série Seriennummer	Description Bezeichnung

Description détaillée de la panne, de la cause de l'échange de pièce :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Veuillez remplir ce formulaire sans quoi nous ne pourrons traiter ce retour de pièces et établir une note de crédit.** En tant que société certifiée ISO nous sommes tenus d'archiver ce document. Nous vous remercions pour votre compréhension et coopération. Si vous retournez les pièces inutilisées pour note de crédit nous facturons des frais de manutention de 20 % sur le prix au tarif.

Nos conditions générales de ventes et de livraisons sont valables. Signature: \_\_\_\_\_