|  |
| --- |
| **AUTORISATION RETOUR DE MARCHANDISE (RMA)** |
| **N° :**  |
| **Date :** |  |
|  |
| **Société :** |  |
| **Nom :** |  | **Prénom :** |  |
|  |
| **Tél. :** |  | **Courriel :** |  |
|  |
| **Adresse :** |
|  |
| **Code Postal :** |  | **Ville :** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **REFERENCE DU PRODUIT** | **N° DE SÉRIE** | **DATE D’ACHAT** | **N° FACTURE / BON DE LIVRAISON** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DESCRIPTION PANNE** |
| 1 |  |
|  |
|  |
| 2 |  |
|  |
|  |
| 3 |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVÉ A BLEUJOUR** |
| **Reçu Date :** |  |  |
| **Reexpédié le :** |  | **Transporteur :** |  | **Tracking :** |  |
| **Audit / Action :** |
|  |
|  |
|  |