

2255, de la Province
 Longueuil QC J4G 1G3
 Tél.: 450 646-5488
 Fax: 450 646-5572
 Courriel: claims@maxivent.ca



Vers. 020415

Votre Numéro d'Autorisation
**Retourner la pièce défectueuse avec une copie de ce formulaire

**** Envoyez ce formulaire au numéro de fax (ou par courriel) ci-dessus.**

RETOUR DE PIÈCE - AVANCE sur GARANTIE		
Date	Votre nom	Votre Réf/PO.:
COMPAGNIE:		
Adresse	Ville	Commander?
Tél	Fax	

Indiquer le Numéro de Série de l'unité concernée.		UNITÉ
Modèle		No. de Série (Int:)
Date du Défectuosité		No. de Série (Ext:)
* Date d'Installation		SANS LA DATE D'INSTALLATION, VOTRE DEMANDE SERA REFUSÉ
PIÈCE DÉFECTUEUSE		
* QTÉ	* CODE	DESCRIPTION DU PROBLEME - "DEFECTUEUX" N'EST PAS UNE DESCRIPTION

Série du Remplacement

* Indiquer le # Facture pour les pièces de Remplacement

Bon de livraison

INFORMATION CONSOMMATEUR		
Nom:		
Adresse:		Ville:
Code Postale:		Tél:

** Les pièces et formulaires de réclamations doivent être reçus à nos bureaux dans les 30 jours suivant la date du service sans quoi, la réclamation sera systématiquement refusée.

Une réclamation faite avec un formulaire incomplet ou des renseignements erronés sera retenue jusqu'à l'obtention des infos nécessaires mais pas plus que 30 jours. Si les infos demandées ne sont pas fournies à l'intérieur de 30 jours, la réclamation sera refusée sans aucune considération future.

Usage	Date	Signature	Date	M/O Autorisé	Originale
Maxi Vent					
	1)		2)		