

PO#

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

#RÉCLAMATION



Les information requises (**sections JAUNE**) doivent être complétées par l'entrepreneur.

Les demandes incomplètes ne peuvent pas être traitées, entraînant le retard des remboursements.

#DE RETOUR

Ref.:

Confirmation Fournisseur

PO / Entrepreneur:

DESCRIPTION DE L'UNITÉ

NO MODÈLE	NO SÉRIE	M/C <input type="checkbox"/>	DATE INSTALL ORIGINALE	DATE DE LA DEFECTUOSITÉ/SERVICE
-----------	----------	---------------------------------	------------------------	---------------------------------

DESCRIPTION DE LA PIÈCE

INTÉRIEUR										
MOTEUR INT	CAGE D'ECUR.	BEARING	PLAQUETTE	PLAQ/AMB (petit)	DISPLAY	SONDE AMB/TUBE A / T	MOTEUR de VOLET	TX VALVE/EXP.		
EXTÉRIEUR										
MOTEUR EXT	HELICE	PLAQUETTE	SONDE AMB/TUBE A / T / D	SONDE DEGIVRAGE	CONTACTEUR	CAPACITEUR	ELEMENT	**SECTION COMPRESSEUR		

1 - RAISON DE LA PANNE ("DEFECTUEUX" N'EST PAS ACCEPTÉ):

2 - ENTRETIEN/TRAVAUX EFFECTUÉ:

No. PIÈCE	DESCRIPTION	QTY	SKU	FACTURE FOURN.

SECTION **COMPRESSEUR

CAUSE	SHORT	GROUND	OPEN WINDING	LOCKED ROTOR	BRUYANT	RETOURNER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AVEC LA/LES PIÈCE(S). MERCI!
LECTURE	C-R	C-S	R-S		DECIBELS SVF	

NO SERIE DEFECTUEUX	NO SERIE NOUVEAU
---------------------	------------------

DISTRIBUTEUR		ENTREPRENEUR		CONSOMMATEUR	
LONGUEUIL	2255 DE LA PROVINCE LONGUEUIL J4G 1G3 <input type="checkbox"/>	NOM		NOM	
LAVAL	2868 BOUL. INDUSTRIEL LAVAL H7L 3S2 <input type="checkbox"/>	ADRESSE		ADRESSE	
GATINEAU	156 RUE DE VARENNES, #3 GATINEAU J8T 8G4 <input type="checkbox"/>	VILLE, CODE POSTALE		VILLE, <u>CODE POSTALE</u>	
		TELEPHONE		TELEPHONE	

USAGE MAXI VENT

DATE DE L'AVIS	PERSONNE CONTACTÉE	RECL. PRÉC.
SORTANT	REÇU	TRAITÉ
DATE		# Série REEMPL Int:
FACTURE ORIG	B/L PCS. REMPL	DATE
		# Série REEMPL Ext: