

Numéro de ticket

À remplir par le partenaire commercial

Date (JJ/MM/AA) *

Numéro de client *

Entreprise *

Prénom/Nom *

CP/ Lieu * *

Téléphone

GRAPHAX SA
Département Logistique
Salinenstrasse 63
4133 Pratteln

ou par E-Mail: trade@graphax.ch

Informations sur le matériau

Numéro de série *

Désignation de l'article *

Référence *

Date de livraison Article

Numéro de facture ou de commander *

Motif du retour *

Oui Non
Livraison de remplacement
Remboursement
Cas DOA signalé
Flat Rate Warranty

Important : pour ET / VM, imprimer et joindre le « Statut de l'unité / Liste de gestion ». Sinon, aucune réclamation DOA ou garantie ne sera acceptée !

Datum

Signature (Ce formulaire peut être signé numériquement)

À remplir par Graphax SA

Date de livraison de l'article

Oui Non
Droit à la garantie

Oui Non
Article retourné

Oui Non
Remplacement livré

Remarques

Crédit en % et en CHF du montant total % CHF

Date Visum 1 Visum 2