

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 | * | Livraison de remplacement | Oui | Non |
| Désignation de l'article | * | Remboursement | | |
| Référence | * | Cas DOA signalé | | |
| Date de livraison Article | | Flat Rate Warranty | | |
| Numéro de facture ou de commander | * | Important : pour ET / VM, imprimer et joindre le « Statut de l'unité / Liste de gestion ». Sinon, aucune réclamation DOA ou garantie ne sera acceptée ! | | |
| Motif du retour | * | | | |

Datum

Signature (Ce formulaire peut être signé numériquement)

À remplir par Graphax SA

Date de livraison de l'article

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Droit à la garantie

Article retourné

Remplacement livré

Remarques

Crédit en % et en CHF du montant total

%

CHF

Date

Visum 1

Visum 2