



FORMULAIRE DE RETOUR

MERCI DE NOUS RENVoyer CE FORMULAIRE (SANS LA MARCHANDISE) DANS UN DÉLAI DE 72 H APRÈS RÉCEPTION DE VOTRE COMMANDE. SANS CE DOCUMENT ET UNE PIÈCE JUSTIFICATIVE, LE MATÉRIEL REÇU RESTERA EN INSTANCE. LES FRAIS DE PORT DE RETOUR SERONT À VOTRE CHARGE SI LES RAISONS DU RETOUR SONT DE VOTRE RESPONSABILITÉ.

- Merci de saisir vos informations dans les champs après avoir ouvert ce fichier avec Acrobat Reader. Je n'ai pas Acrobat Reader : <http://get.adobe.com/fr/reader/>

À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES.

* Champs obligatoires

COMMENT ENVOYER MON FORMULAIRE DE RETOUR ?

PAR FAX

04 99 13 28 29

PAR MAIL

esl@esl-france.com

1 INFORMATIONS CLIENT

CODE CLIENT ESL* :

RAISON SOCIALE* :

DATE* :

NOM* :

TÉLÉPHONE* :

ADRESSE EMAIL* :

PIÈCE JOINTE* : **BON DE LIVRAISON** **FACTURE**

2 RAISON DU RETOUR

JE ME SUIS TROMPÉ D'ARTICLE / DE QUANTITÉ

CE QUE J'AI REÇU NE CORRESPOND PAS AU BON DE LIVRAISON

LA RÉFÉRENCE DU BON DE LIVRAISON NE CORRESPOND PAS À CELLE DE MA COMMANDE INITIALE

L'ARTICLE EST ENDOMMAGÉ OU INCOMPLET
(Joindre le bon de transport emmargé)

AUTRE :

3 ARTICLES RETOURNÉS

RÉFÉRENCE ARTICLE RECUE	N° BON DE LIVRAISON	DATE DE RÉCEPTION	RÉFÉRENCE ARTICLE	RÉFÉRENCE COMMANDE	QUANTITÉ RETOURNÉE

4 COMMENTAIRES CLIENT

JE SOUHAITE GARDER LA MARCHANDISE

JE SOUHAITE ÉCHANGER LA MARCHANDISE

JE SOUHAITE ÊTRE REMBOURSÉ (PRODUITS NON UTILISÉS)

AUTRE (PRÉCISEZ) :

PARTIE RÉSERVÉE À ESL SERVICE COMMERCIAL

RETOUR À LA CHARGE DU CLIENT DANS LES EMBALLAGES D'ORIGINE

ENLÈVEMENT PAR ESL

DATE D'ENLÈVEMENT SOUHAITÉE :

NOMBRE DE COLIS :

POIDS :

ADRESSE :

.....

.....

CONTACT :

HORAIRES :