



## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

DATE : \_\_\_\_\_

Information du client			Information du détaillant		
Nom	_____		Nom	_____	
Adresse	_____		Adresse	_____	
Ville	Pro. _____	Code _____	Ville	Pro. _____	Code _____
Téléphone	_____	Télécopieur _____	Téléphone	_____	Télécopieur _____
Courriel	_____		Courriel	_____	
Informations sur le produit					
Model	_____		Serial #	_____	
Date d'achat:	____ / ____ / ____		Date de l'appel de service:	____ / ____ / ____	
<b>Description du probleme :</b> _____					
Installation faite par:			R.B.Q.no		

PIÈCES				
Quantité	Pièce #	Description	Facture #	Coût

  

MAIN D'OEUVRE			
Heures	Coût	Description	Total

Retourné à:

[info@supremem.com](mailto:info@supremem.com)

Coût total réparation / Remplacement des pièces seulement	M.d'o. \$	
Coût total des pièces de remplacement	Pièces \$	
Coût total pièce et main d'oeuvre	Total \$	

Pour Foyer Suprême Inc.	
Field Scrap Part <input type="checkbox"/>	<b>Total Credit</b> _____
Require Return of Part <input type="checkbox"/>	
<b>Date Approbation:</b> ____ / ____ / ____	<b>Signature personne autorisée:</b> _____