



DEMANDE DE RETOUR

Cher Client, nous vous rappelons que l'utilisation de cette fiche pour les retours est obligatoire, **toute demande de retour doit être faite dans les 15 jours ouvrables suivant la réception des pièces** par vos soins. Après avoir rempli le présent document, il faudra nous le renvoyer par fax au numéro suivant (selon votre secteur) :

- DIETRICH SIEGE FRANCE : 03 88 02 40 10 • DIETRICH SUD-OUEST : 05 63 77 38 49 • DIETRICH ILE-DE-FRANCE : 01 60 21 57 20
- DIETRICH RHÔNE-ALPES : 04 76 32 18 47

Si vous souhaitez que des pièces vous soient réexpédiées, contactez le vendeur de votre secteur afin qu'il puisse établir une Commande de vente. L'établissement d'un avoir pourra être étudié dès réception des pièces retournées.

Nous vous encourageons à déposer une réclamation en cas d'insatisfaction, n'hésitez pas à demander à votre vendeur habituel la marche à suivre.

Partie à remplir par le client de Dietrich Carebus Group souhaitant établir une demande de retour

Nom de votre société: _____	Votre n° client : _____
Date du jour : _____	Nom du vendeur qui vous a servi: _____
Votre n° de tél.: _____	Votre n° de fax: _____
Votre adresse e-mail : _____	Nom de notre contact dans votre société: _____

Liste des pièces que vous souhaitez nous retourner *(N'oubliez pas de préciser le motif de votre demande de retour)*

N°	Référence pièce DCG	Quantité	Date du BL ou de la facture	N° du BL ou de la facture	Motif du retour
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Merci de préciser les informations ci-dessous afin d'organiser le retour de vos pièces :

Vos horaires d'ouverture: _____
 A partir de quelle date le colis sera-t-il disponible ? : _____
 Dimension, Nombre et poids du/des colis constituant votre retour : _____
 Adresse à laquelle le/les colis est/sont disponible(s) : _____

Possédez-vous un chariot élévateur ? OUI NON

Transmettez-nous cette demande, elle sera traitée et vous sera renvoyée afin de vous faire part de notre accord ou de notre refus

Visa Client :

Partie réservée à DIETRICH CAREBUS GROUP *(Transmettre au Responsable Magasin)*

Resp. MAG REFUS DE RETOUR DES PIÈCES

Cher client, nous sommes dans l'obligation de refuser votre retour, pour la raison suivante :

Date : _____ Responsable Magasin : _____

Faxer/Envoyer par email cette fiche au client, puis l'archiver

Visa Resp.MAG :

Resp. MAG ACCORD DE RETOUR DES PIÈCES

N° d'acceptation du retour _____

Cher Client, nous acceptons votre demande de retour, un transporteur affrété par nos soins viendra chercher les colis concernés. **Merci d'accompagner chaque colis d'une photocopie du présent document. Toute pièce étant retournée sans cet élément ne donnera pas suite à un avoir pour cause d'élément manquant.**

Date : _____ Responsable Magasin : _____

Faxer/Envoyer par e-mail cette fiche au client, puis transmettre à l'expédition pour affrètement

Visa Resp.MAG :

Expédition

Nom du transporteur affrété : _____

Date : _____

Nom du magasinier expédition : _____

Remettre cette fiche au Resp. Mag pour archivage

Initiale EXPE :