



Fiche de retour

Client	Nom du client:		Email:	
	Contact:		V/ référence client Baumer:	
	Téléphone:		N° de commande:	

Description	Désignation article	
	Numéro article	
	Quantité	
	Réclamation	
	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement en cours d'utilisation <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement à la mise en route <input type="checkbox"/> Dégradation durant le transport <input type="checkbox"/> Défaut récurrent <input type="checkbox"/> Ecart par rapport aux spécifications/normes <input type="checkbox"/> Erreur de livraison	
	Combien d'appareils sont utilisés pour l'application? _____ Pces.	
	Quel est le taux de défaillance? <input type="checkbox"/> cas d'espèce <input type="checkbox"/> <10% <input type="checkbox"/> > 10%	
	Descriptif de l'application: -----	
	Conditions ambiantes (température / liquides / vibrations etc...): -----	
	Description détaillée du défaut:	

Commande (prix selon liste établie)	Pour un traitement rapide de votre commande, nous sommes heureux de mettre à votre disposition une sélection de services prédéfinis:	
	<input type="checkbox"/> Analyse, vérification et rapport <input type="checkbox"/> Etalonnage <input type="checkbox"/> PV d'étalonnage <input type="checkbox"/> Analyse et estimation des coûts	<input type="checkbox"/> Certificat d'origine <input type="checkbox"/> Remplacement en cours de garantie sans rapport de service <input type="checkbox"/> Maintenance <input type="checkbox"/> Documentation manquante Autre: _____
	En cas de réparation nous fournissons systématiquement un rapport de service	
<input type="checkbox"/> Engagez s'il vous plait les réparations quel que soit leur montant. <input type="checkbox"/> Engagez s'il vous plait les réparations à hauteur de 200€. <input type="checkbox"/> Engagez s'il vous plait les réparations à hauteur de €.		



Sécurité	<p>Afin de préserver la santé de nos collaborateurs, nous ne pouvons accepter de réceptions non renseignées sur la classification des risques. Il est en conséquence déclaré que le matériel ne comporte aucune substance relevant des catégories ci-dessous:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Toxique <input checked="" type="checkbox"/> Corrosif <input checked="" type="checkbox"/> Radioactif <input checked="" type="checkbox"/> Dangereux <input checked="" type="checkbox"/> Oxydant <input checked="" type="checkbox"/> Inflammable</p>
-----------------	--

Confirmez s'il vous plait l'ensemble des informations et prescriptions en renseignant date et nom, ainsi qu'en signant le présent document.

7. Oktober 2013

Date

Nom

Signature