

Fabricant/Installateur de toutes fermetures du bâtiment

BON DE RETOUR CLIENT

Date de facture <i>*Obligatoire</i>		Numéro de facture <i>*Obligatoire</i>	
---	--	---	--

Nom du contact*			
Coordonnées du contact * <i>(au moins 1 case obligatoire)</i>	Téléphone		
	Email		
	Fax		
Adresse de livraison *			

*Les champs marqués d'un * sont obligatoires*

#	Quantité	Référence	Descriptif	Motif du retour	ACCORD	REFUS
1						
2						
3						
4						
5						
					CADRE RESERVE A QUALIFERM	

DATE*, NOM ET TAMPON QUALIFERM	DATE*, NOM* ET SIGNATURE* DU CLIENT