

2 Rue du port aux vins  
92154 suresnes  
tél : 01 41 18 35 00  
fax : 01 45 06 59 28

<b>CADRE RESERVE A WESTCON</b>
--------------------------------

Référence Westcon (cela n'est pas une autorisation de retour)	
Date de demande	
Collaborateur Westcon	

Société		TEL	
Nom de contact		FAX	
Référence commande client		Email	
No facture Westcon		Référence Westcon No SO.	

Part Number	Numéro de série	Qté

**Raison du retour (plus motif de panne exact pour produit défectueux)**

**Le produit est-il complet dans son emballage d'origine et fermé? (OUI / NON) :**

**Commentaires Westcon**

**AUCUN PRODUIT NE DOIT ETRE RETOURNE SANS N° DE RMA**

Adresse de retour du / des produit(s) (sur SAV)

Date d'émission du RMA		<b>N° DE RMA :</b>
Nom de la personne ayant autorisé le retour		

**Validité du retour : 15 jours**

**Merci de nous retourner ce document daté, tamponné et signé par fax au 01 47 72 91 83  
Tout demande incomplète sera rejetée.**