

Expédier ce formulaire par **télécopieur** au **514 521-8581**  
 ou par **courriel** à :  **Yves Pelletier** | [ypelletier@courrierplus.com](mailto:ypelletier@courrierplus.com)  
 ou à :  **Service à la clientèle** | [serviceclient@courrierplus.com](mailto:serviceclient@courrierplus.com)

### A - Identification

Contact		N° de téléphone	
Entreprise (si applicable)		N° de télécopieur	
Date	Adresse électronique		N° de compte client

### B - Détail de la livraison

Destination	Date de livraison	N° de l'appel
_____		
_____		
_____		

### C - Section à compléter par le client

 **Ce formulaire doit être complété et retourné à l'expéditeur dans les 10 jours.**  
**Toute réclamation doit être accompagnée d'un document prouvant le coûtant des articles et des marchandises réclamées.**

Raison de votre demande de réclamation

- Livraison incomplète
  - Colis endommagé
  - Vol
  - Autre(s)
- Fournir une brève description de l'envoi (par ex. : couleur, poids, dimensions, fabricant, modèle) joindre un croqui ou une photo si nécessaire
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

<b>Montant réclamé (prix coûtant)</b>	<b>Méthode de remboursement</b>	Joindre une copie de la facture précisant les coûts d'origine pour confirmer le montant réclamé. Ces coûts doivent être les coûts du fabricant en gros et ne pas comprendre la marge de profit pour vente au détail.
\$	Chèque <input type="checkbox"/> note de crédit <input type="checkbox"/>	

Je certifie par la présente que toutes les données fournies sur le présent formulaire sont véridiques.

 Signature du réclamant \_\_\_\_\_

Date

### D - Section à l'usage exclusif de L.D.J.V. Courrier Plus inc.

Date de l'appel	Heure de l'appel	Agent Livreur	Heure d'assignation	Heure de ceuillette	Heure de livraison
Détails					
_____					
_____					
Montant autorisé	\$	Autorisé par			Date

Return this for by **fax** at **514 521-8581**  
 or by **email** at :  **Yves Pelletier** | [ypelletier@courrierplus.com](mailto:ypelletier@courrierplus.com)  
 or at :  **Customer Service** | [serviceclient@courrierplus.com](mailto:serviceclient@courrierplus.com)

**A - Identification**

Contact		Phone number	
Company (if applicable)		Fax number	
Date	Email	Account number	

**B - Details of delivery**

Destination	Date of delivery	Call numbe
_____	_____	_____
_____		
_____		

**C - Section to be filled out by Client**


**This form must be filled out and returned to Courier Plus within 10 days.**  
**Every claim must be accompanied by a proof of cost price of the damaged or lost goods.**

Type of claim

- Incomplete delivery  • Provide a brief description of shipment (e.g. colo, weight, dimensions, manufacturer, model). Join a sketch or a picture if necessary.
- Damaged goods  \_\_\_\_\_
- Theft  \_\_\_\_\_
- Autre(s)  \_\_\_\_\_

<b>Amount claimed</b> (cost price)	<b>Reimbursement method</b>	Join a proof of cost price to justify amount claimed. Cost price does not include retail markup.
\$ _____	Cheque <input type="checkbox"/> Credit note <input type="checkbox"/>	

I hereby certify that all the information supplied above is accurate.

Signature of Claimant \_\_\_\_\_

**Date**

**D - Section for the exclusive use of L.D.J.V. Courier Plus inc.**

Date of call	Time of call	Agent number	Time of assignment	Time of pickup	Time of delivery
Details					
_____					
_____					
Authorized amount	Authorized by				Date
\$ _____					