

Expédier ce formulaire par **télécopieur** au **514 521-8581**
 ou par **courriel** à : **Yves Pelletier** | ypelletier@courrierplus.com
 ou à : **Service à la clientèle** | 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
- _____
- _____
- _____

Montant réclamé (prix coûtant)	Méthode de remboursement	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.		Date
X Signature du réclamant _____		

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
 or at : **Customer Service** | 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) _____

Amount claimed (cost price)	Reimbursement method	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
\$					