



Date de réclamation

Document Qualité

RÉCLAMATION CLIENT - VÊTEMENT CEREPLAS®

Merci de renvoyer ce formulaire dûment rempli par voie postale, fax ou e-mail (reclamation@cereplas.com). Tout retour de produit doit systématiquement être accompagné de ce formulaire. Ce formulaire peut être renvoyé seul.

VOTRE COMMANDE CHEZ CEREPLAS

Nom, prénom du client :

✉ Adresse complète du client :

☎ Tél :

☎ Fax :

@ e-mail :

N° de votre commande :

Date de votre commande :

Adresse de facturation (si différente) :

VOTRE RÉCLAMATION – VÊTEMENT CEREPLAS®

Identification du vêtement

Type de vêtement :

Standard

Sur mesure

Classique

Premium

Rupture de stock

Référence souhaitée :

Quantité :

Remarque(s) :

TRAITEMENT APPLIQUÉ

(à remplir par CEREPLAS)

Référence demandée en fabrication

Échange

Remboursement

Autres :

Le vêtement présente un défaut

Le vêtement reçu ne correspond pas à l'emballage

Erreur de mesures

Le vêtement se découd / se déchire

Autre, précisez :

Incident

Réaction cutanée, précisez :

Compression

Hématome

Douleur

Autre, précisez :

Circonstances de survenue / Conséquences cliniques :

Le port du vêtement a-t-il été interrompu suite à ce problème ? Oui Non

Si oui, le problème constaté persiste-t-il malgré l'arrêt du port ? Oui Non

Déclaration à l'autorité compétente réalisée ? Oui Non Si oui, N° de déclaration :

Autre(s) réclamation(s), précisez :

N° ENREGISTREMENT :

(À compléter par le service qualité de CEREPLAS)

Transmis au service Qualité de CEREPLAS le

CEREPLAS s'engage à vous répondre sous 3 semaines, suivant la date de réception au service Qualité