



**TRANSOPLAST**

# FORMULAIRE DE RETOUR

## Vos données client:

\* Champs obligatoires

Numéro de commande\*:

Date\*:

Nom / Prénom\*:

Adresse\*:

Code postal\*:  Résidence\*:

Numéro de téléphone\*:  Adresse e-mail\*:

IBAN\*:

Titulaire de compte\*:

## Article retourné:

Nombre	Numéro d'article	Description de l'article
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Raison du retour:

## Remplissez le formulaire et joignez-le à votre envoi de retour.

Adresse de retour

Transoplast Group  
Ulenpasweg 2  
NL-7041 GB 's-Heerenberg

## ATTENTION:

- Le délai de retour est de 14 jours après réception.
- Les retours sans ce formulaire ont un temps de traitement plus long.
- Les articles doivent être complets et en bon état.
- Emballez les articles dans une boîte pour éviter d'éventuels dommages de transport.
- Incluez le formulaire de retour rempli dans la boîte.