

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVOIR

Document à remplir obligatoirement pour toutes demandes d'avoir

VOS RENSEIGNEMENTS

Date :

Code client Ottofond :

Code postal :

Magasin concerné :

Adresse mail magasin :

Téléphone magasin :

VOTRE DEMANDE

Type d'avoir :

Retour de marchandise (bon état ou défectueux)

Avoir financier (erreur facturation, remise commerciale etc...)

Casse transport (sans réserves à la livraison)

Casse transport (avec réserves à la livraison)

Références concernées :

N° facture

Référence

Quantité

Prix facturé (€ H.T.)

OBLIGATOIRE Précisez les raisons de la réclamation :

MONTANT DE L'AVOIR DEMANDÉ :

€ H.T.

Si dossier SAV déjà ouvert pour ce litige, merci de noter le numéro incident : (ex : INCXXXXXX)

Document à faire suivre à sav@ottofond avec votre commercial en copie en cas d'enlèvement à réaliser.
Rajouter des documents en pièces-jointes si nécessaire.

À retourner à sav@ottofond.fr

VISA SAV (usage interne)