

Formulaire pour calibration ou pour envoi d'appareil défectueux

Client (adresse d'expédition / de retour)

Nom : _____ Nom de l'entreprise : _____
Rue : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : () _____
Adresse courriel : _____
Endroit où vous avez acheté l'appareil : _____
Date d'achat : _____
Date de la dernière calibration : _____ Est-ce que l'appareil donne de bons résultats ? Oui ____ Non ____

Instructions

Inclure le paiement seulement si vous désirez obtenir une calibration

1. Inclure ce formulaire dûment rempli.
2. Envoyer uniquement votre appareil, SANS ACCESSOIRE.
3. Inclure un chèque au montant de 45,94 \$ (ou choisir l'option de paiement par carte de crédit) pour la calibration de tous nos modèles À L'EXCEPTION des modèles DRIVESAFE. Les modèles DRIVESAFE sont envoyés au fabricant et le coût de calibration est plus élevé. **Un agent vous en informera au moment de la réception de votre appareil.**
4. Expédier l'appareil à l'adresse suivante : Alco Prevention Canada
4800, Autoroute 440 Ouest, suite 3
Laval (Québec) H7T 2Z8
5. **Votre appareil sera vérifié dans un délai approximatif de 14 jours. Pour les appareils DRIVESAFE, prévoir un délai minimal de 3 semaines.**

Paiement par carte de crédit

Modes de paiement : Carte de crédit ____ Visa ____ MasterCard ____
Chèque ____

Numéro de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____

Nom apparaissant sur la carte de crédit : _____

Signature : _____

(Inclure l'adresse de facturation de carte de crédit si elle est différente de l'adresse d'expédition / de retour)

À l'usage du bureau seulement

Date de la calibration : _____

Technicien : _____

Paiement reçu : _____