



# CENTRES DE DISTRIBUTION / DISTRIBUTION CENTRES

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR PERTE OU DOMMAGE  
STANDARD CLAIM FORM FOR SHORTAGE OR DAMAGE

## RÉCLAMATION PRÉSENTÉE À / CLAIM SUBMIT TO

ENTREPRISE :

Groupe Robert Inc.

500 Route 112

Rougemont (Québec) J0L 1M0

CONTACT:

Département des réclamations / Claim's department

450 469-3153, ext. 1247

[reclamations@robert.ca](mailto:reclamations@robert.ca) / [claims@robert.ca](mailto:claims@robert.ca)

DATE DE L'ÉVÈNEMENT /  
EVENT'S DATE

VOTRE # INTERNE DE  
RÉCLAMATION /  
YOUR CLAIM INTERNAL #

# RÉCLAMATION ROBERT /  
ROBERT CLAIM #  
(Usage interne seulement/  
Internal use only)

## CONTACT EXTERNE / EXTERNAL CONTACT

Réclamant / Claimant:

Adresse / Address:

Ville / City

Province / Province:

Code Postal / Postal Code:

Contact:

Tél. / Tel.:

Télec. / Fax:

Courriel / Email:

## CONTACT INTERNE / INTERNAL CONTACT

Nom du responsable

Ext :

Entrepôt

MONTANT DE LA RÉCLAMATION (SANS TAXES) / CLAIM AMOUNT (WITHOUT TAXES)

(Les réclamations cargo ne sont pas assujetties aux taxes / Cargo claims are not subject to taxes)

FACTURE / INVOICE  
ROBERT

EXPÉDITION # /  
EXPEDITION #

DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION / CLAIM DETAILS:

Documents à fournir /  
Documents to provide:

**Facture commerciale, preuve de livraison, photos / Commercial invoice, proof of delivery, pictures**

Signature:

Date:

Aucune réclamation de moins de 50.00\$ ne sera traitée.  
No claim under \$50.00 will be processed.