



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 / claims@robert.ca

RÉCLAMANT / CLAIMANT

DATE DE L'ÉVÈNEMENT /
EVENT'S DATE

VOTRE # INTERNE DE
RÉCLAMATION /
YOUR CLAIM INTERNAL #
(S'il y a lieu/If applicable)

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

Entreprise / Company:

Adresse / Address:

Ville / City

Province / Province:

Code Postal / Postal Code:

Contact:

Tél. / Tel.:

Télec. / Fax:

Courriel / Email:

CONTACT FC69FH / FC69FH 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 ou RÉCEPTION # /
EXPEDITION or RECEPTION #

DÉTAILS DE LA RÉCLAMATION / CLAIM DETAILS:

Documents à fournir /
Documents to provide:

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

RÉCLAMANT / CLAIMANT

Nom / Name:

Date: