

FORMULAIRE POUR LES GARANTIES DES PRODUITS MAGICKEY TEKNIK®

**avoir une copie de votre facture original, le numéro de série, l'endroit où vous avez acheté votre produit et pour les cas en dedans de 30 jours de l'achat votre emballage originale. Le client devra payer à ses frais, tous les frais d'envoi et de retour chez le distributeur, revendeur ou vendeur pour son produit.*

Site Web: www.Original-Health.net

Head Office: Original Health Distribution LTD.

5919, 84 ST. SE., Calgary, Alberta, Can. T2C 4S1

Tél. Alberta: (250) 816-3614

Quebec Office: Magickey Teknik Academy

5505 Iberville, #128, MTL, QC. H2G 2B2

Tél. Québec: (514) 800-8693

Informations générales

Veillez remplir le formulaire au complet et l'envoyer

par courriel: warranty@original-health.net

Informations de l'acheteur:

Votre Courriel :

Nom:

Nom de compagnie :

Adresse:

Ville:

Province:

Code Postal :

Informations sur le marchand, là où vous avez acheter le produit sous garantie.

Vendeur:

Nom du magasin:

Adresse:

Ville:

Province:

Code Postal :

Tél. Bur.:

Tél. Cell.:

#Fax :

Information sur le produit:

PRIX PAYÉ EN \$ (CAD DOLLARS):

Nom du produit:

Date d'achat mm/yy):

Numéro de série :

Numéro de model :

Veillez decrire le problème en quelques lignes :

***Formulaire obligatoire à être rempli pour tous les produits électronique Magickey Teknik® sous garanties, distribués par Original health Distribution LTD.. Vous devez avoir aussi en main la facture originale de votre achat. Vous devez lire nos conditions et les protocoles à suivre concernant la garantie électronique pour les produits Magickey Teknik® disponible sur notre site web: <http://original-health.net> Par la présente carte, Original Health Distribution LTD. garantit que le produit est exempt de défauts de matière et de fabrication à la date d'achat pour une période de 6 mois (pièces et main d'œuvre) et de 1 an pour pièces SEULEMENT, pour toutes appareils électronique à compter de cette même date, pour tout achat effectué après le 1 mai 2017. Les frais de transport et de déplacement ne sont pas couverts par la garantie. Le marchand vendeur et revendeur pourrait exiger des frais pour le service à domicile. Cette garantie n'est pas transférable.**

Signature Par:

Date:

Veuillez cocher la case pour autoriser la reparation sous garantie.

J'autorise **Original Health Distribution LTD.** de vérifier l'appareil acheter sous garantie, et de procéder à un échange ou remplacement si c'est couvert.

Ou de réparer à mes frais si ce n'est pas couvert.

Signature par: