



**WARRANTY REPLACEMENT CLAIM FORM**

For Internal Use Only  
RMA #:

DATE: \_\_\_\_\_ I am the: Distributor:  Contractor:  OEM:  End-User:  Other \_\_\_\_\_

COMPANY: \_\_\_\_\_ CONTACT: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_

PROV/STATE: \_\_\_\_\_ POSTAL/ZIP CODE: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

ULTRASAVE MODEL #	USE OF OCCUPANCY SENSORS	APPROX. DATE INSTALLED	TOTAL # INSTALLED	# NOT WORKING	BALLAST DATE CODE
					Mandatory
					Mandatory

PROJECT NAME: \_\_\_\_\_ TYPE OF INSTALLATION: New Installation  Retrofit  Other

PROBLEM DESCRIPTION: \_\_\_\_\_

FIXTURE: MANUFACTURER: \_\_\_\_\_ TYPE OR MODEL: \_\_\_\_\_

LAMPS: MANUFACTURER: \_\_\_\_\_ TYPE OR PART #: \_\_\_\_\_

SHIP REPLACEMENT BALLASTS TO: Same as above:  OR COMPANY: \_\_\_\_\_

CONTACT: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_

PROV/STATE \_\_\_\_\_ POSTAL/ZIP CODE: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CUSTOMER SITE INFO: Same as above:  OR COMPANY: \_\_\_\_\_ Contact Name: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ PROV/STATE: \_\_\_\_\_ POSTAL/ZIP CODE: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

Contractor Info: Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Please read the following instructions carefully:**

- Ballast date codes are required to validate a claim. Refer to: <http://www.ultrasave.ca/warranty.htm> to find date code location on the ballast label.
- Please note we are unable to ship to post office boxes. Incomplete information may cause delays in processing or rejection of the warranty claim.
- Only ballasts that are still within the warranty period will be accepted. Refer to: <http://www.ultrasave.ca/warranty.htm> for more information regarding your product warranty.
- Ultrasave will at its option, advise, by notification & issue an RMA#, require return of the defective material at our expense.
- Warranty replacements are offered only in the condition that there are no outstanding credit issues with Ultrasave.
- For problem description, please be as specific as possible. Do not only write "defective", "not working", or "fail".
- Complete this warranty claim form and email it (preferred) to [product@ultrasave.ca](mailto:product@ultrasave.ca) or fax it to Ultrasave Lighting Limited (905) 940-0338 / toll-free (866) 733-8831**

For Internal Use Only  
Claim # \_\_\_\_\_



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMPLACEMENT

Pour usage interne seulement

N° ARA : \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ Je suis: Distributeur  Sous-traitant  Fabricant du matériel d'origine  Utilisateur final  Autre \_\_\_\_\_

ENTREPRISE : \_\_\_\_\_ PERSONNE-RESSOURCE : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

PROV. / ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_

N° DE MODÈLE ULTRASAVE	DATE APPROXIMATIVE DE L'INSTALLATION	NOMBRE D'ARTICLES INSTALLÉS	NOMBRE D'ARTICLES DÉFECTUEUX	CODE DE DATE DU BALLAST
				obligatoire
				obligatoire

NOM DU PROJET : \_\_\_\_\_ TYPE D'INSTALLATION : Nouvelle installation  Modification  Autre

DESCRIPTION DU PROBLÈME : \_\_\_\_\_

FABRICANT DE L'APPAREILLAGE ÉLECTRIQUE ET TYPE D'APPAREILLAGE : \_\_\_\_\_

FABRICANT DE LAMPE ET TYPES DES LAMPES : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ EXPÉDIER LES BALLASTS DE REMPLACEMENT À : \_\_\_\_\_ Même adresse que ci-dessus

ENTREPRISE : \_\_\_\_\_ COURRIER ÉLECTRONIQUE: \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

PROV./ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_

Client SITE INFO : Même que ci-dessus:  Ou COMPANY: \_\_\_\_\_ nom du Contact : \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ PROV/ÉTAT: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL/ZIP: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

ENTREPRENEUR INFO: NOM: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

**Veillez lire attentivement les consignes suivantes :**

1. Ballast codes de date sont informations requises pour valider une réclamation. Reportez-vous à [www.ultrasave.ca/warranty.htm](http://www.ultrasave.ca/warranty.htm) pour trouver code date de ballast emplacement sur étiquette.
2. Veuillez noter que nous ne pouvons pas expédier aux casiers postaux. Un formulaire incomplet peut retarder les travaux.
3. Cette demande s'applique uniquement aux ballasts sous garantie.
4. Ultrasave peut demander que le client retourne les articles défectueux et/ou en dispose lui-même sur place.
5. Le remboursement du service comprend toutes les taxes de vente applicables.
6. Veuillez décrire le problème de façon spécifique. N'écrivez pas seulement « défectueux », « ne fonctionne pas », ou « panne ». **Veillez remplir ce formulaire et le télécopier à Ultrasave Lighting Limited au (905) 940-0338/ sans frais au (866) 733-8831 ou (méthode préférée) par courriel à [product@ultrasave.ca](mailto:product@ultrasave.ca)**

Pour usage interne seulement  
Claim # \_\_\_\_\_



# Warranty Replacement Form-(CANADA)

Preferred Language: English  French

Fax: (905) 201-4908

Philips Advance Use Only RA #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of Installation \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Date of Installation \_\_\_\_\_

I am the: Distributor  Contractor  End-User  OEM  Manufacturer's Rep.

Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail Address \_\_\_\_\_

Catalog Number	Total # Installed	# Not Working	# Failed On Install	Ballast Date Code

Description of Problem- Type of Installation: New Installation  Retrofit  Other

Lamp Manufacturer & Type of Lamps: \_\_\_\_\_

Fixture Manufactured by: \_\_\_\_\_

Type of Fixture: \_\_\_\_\_

Requested Action(s): Send Replacement Ballasts  Contact for Assistance

Ship Replacement Ballasts to: Same as above

Company: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail Address \_\_\_\_\_

**Philips Advance Acknowledgement**  
 Replacement ballasts will be shipped to the address above.  
 Estimated date of delivery: \_\_\_\_\_  
 A Philips Advance Technical Representative will call to investigate further.  
**Min Kudo - 416.561.7588**

**PCR Quick Form**  
**Formulaire abrégé**  
**relatif au RRP**

**Email to** **Email à**  
**[OSLwarranty@sylvania.com](mailto:OSLwarranty@sylvania.com)**  
*or Fax to 1-905-671-5629 if necessary*  
*ou Télécopier à 1-905-671-5629 au besoin*

**PCR QUICK FORM**  
**FORMULAIRE ABRÉGÉ RELATIF AU RRP**  
**"Warranty Procedure Description"**  
**"Description des directives relatives à la garantie"**

For Claiming: / Réclamations concernant:

- 1 to 10 defective fluorescent ballasts  
1 à 10 ballasts fluorescents défectueux
- Accumulated defectives to a Distributor or,  
Produits défectueux accumulés d'un distributeur ou,
- Isolated lamp failures,  
Défauts de lampes isolés

Fill in the PCR Quick Form, specifying: / Remplir le formulaire abrégé relatif au RRP, en précisant:

- The contact information for the issuer,  
Les renseignements de la personne-ressource pour l'émetteur
- The product information (quantity installed, quantity claimed defective, NAED,  
Production Description, date code),  
Les renseignements relatifs aux produits (quantité installée, quantité  
défectueuse réclamée, code NAED, description de produit, code de datation),
- The statement of complaint  
L'exposé de la réclamation
- The address where the replacement products to be sent;  
L'adresse où les produits de remplacement doivent être envoyés;

Checkmark an option (ship replacement) and fax the form to (905) 671-5629.  
Indiquer une option (expédier les produits de remplacement) et envoyer le formulaire  
par télécopieur au (905) 671-5629.

**PCR Quick Form  
Formulaire abrégé  
relatif au RRP**

**Email to** **Email à**  
**[OSLwarranty@sylvania.com](mailto:OSLwarranty@sylvania.com)**  
or Fax to 1-905-671-5629 if necessary  
ou Télécopier à 1-905-671-5629 au besoin

Date of Complaint (mm/dd/yyyy) Date de la réclamation (mm/jj/aaaa)	xx/xx/20xx
---	------------

DD/MM/YR/HH/MM JJ/MM/AA/HH/MM (for internal use only) (à l'usage des services internes uniquement)
--

PCR Processed RRP traité	Xx/xx/xxxx
-----------------------------	------------

PCR # Assigned: N° de RRP attribué:	
--	--

Applicable RMA Generated: ARA applicable émise:	
---	--

PCR completed & submitted by: RRP rempli et soumis par:		Company: Compagnie:	
Phone Number Numéro de téléphone	XXX-XXX-XXXX	Fax: Télec.:	XXX-XXX-XXXX

**(Internal Use Only)**  
**(À l'usage des services internes uniquement)**

Quantity Installed Quantité installée	Warranty Claim Quantity Quantité de la réclamation	NAED	Description	Batch Code Code de lot	Serial # N° de série	Reject Refusé	Agree Accepté

(\*Please indicate how many units were originally installed at site)  
(\*Veuillez indiquer combien d'unités avaient été installées sur le site à l'origine)

**Statement of Complaint:/Exposé de la réclamation**

Please fill out all applicable fields to give information to all interested parties.

Veillez remplir tous les champs pertinents afin de fournir les renseignements à toutes les parties intéressées.

Please choose one of the following (A and B and C and D) for where replacement product to be sent

Veillez choisir l'une des options suivantes (A et B et C et D) pour les endroits où le produit de remplacement doit être envoyé.

<b>A. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>		<b>B. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>	
<b>Site Address Info</b>		<b>Contractor Information</b>	
<b>Renseignements relatifs à l'adresse du site</b>		<b>Renseignements relatifs à l'entrepreneur</b>	
<b>Company Name:</b> Nom de la compagnie:		<b>Company Name:</b> Nom de la compagnie:	
<b>Street Address:</b> Adresse:		<b>Street Address:</b> Adresse:	
<b>City:</b> Ville: <b>Prov.:</b> <b>Postal Code:</b> Code postal:		<b>City:</b> Ville: <b>Prov.:</b> <b>Postal Code:</b> Code postal:	
<b>Contact Name:</b> Personne- ressource:		<b>Contact Name:</b> Personne- ressource:	
<b>Phone/Téléphone:</b> <b>Fax:/Télec.:</b>	XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX	<b>Phone/Téléphone:</b> <b>Fax:/Télec.:</b>	XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX
<b>Email/Courriel:</b>		<b>Email/Courriel:</b>	

<b>C. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>		<b>D. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>	
<b>Distributor/Point of Product Purchase</b>		<b>OEM Fixture Information</b>	
<b>Distributeur/Point de vente des produits</b>		<b>Renseignements relatifs aux luminaires des FEO</b>	
<b>Company Name:</b> Nom de la compagnie:		<b>Company Name:</b> Nom de la compagnie:	
<b>Street Address:</b> Adresse:		<b>Street Address:</b> Adresse:	
<b>City:</b> Ville: <b>Prov.:</b> <b>Postal Code:</b> Code postal:		<b>City:</b> Ville: <b>Prov.:</b> <b>Postal Code:</b> Code postal:	
<b>Contact Name:</b> Personne- ressource:		<b>Contact Name:</b> Personne- ressource:	
<b>Phone/Téléphone:</b> <b>Fax:/Télec.:</b>	XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX	<b>Phone/Téléphone:</b> <b>Fax:/Télec.:</b>	XXX-XXX-XXXX XXX-XXX-XXXX
<b>Email/Courriel:</b>		<b>Email/Courriel:</b>	

Please verify current revision prior to use. If outdated, please destroy.

Veillez vérifier la révision en cours avant d'utiliser. Si elle est périmée, veuillez la détruire.

F139915 Rev. /Rév. 4 Decemember 13, 2006/Le 13 decembre 2006 Page 3 of/de 3



**PCR Job Form  
Formulaire de  
travail relatif au RRP**

**Email to**  
**[OSLwarranty@sylvania.com](mailto:OSLwarranty@sylvania.com)**  
**or Fax to 1-905-671-5629 if necessary**  
**ou Télécopier à 1-905-671-5629 au besoin**

**PCR Job Form / Formulaire de travail relatif au RRP  
“Warranty Procedure Description”  
“Description des directives relatives à la garantie”**

For Claiming /Réclamations

- Endemic failures of lamps or ballasts in a project  
Défauts endémiques de lampes ou de ballasts dans un projet
- Ballast replacement labour  
Main-d'oeuvre pour le remplacement de ballasts
- Replacement Service Request, or  
Demande de service pour remplacement, ou

For requesting OSRAM SYLVANIA to troubleshoot and investigate lamps or ballast failures, fill in the PCR Job form, specifying:

Afin que OSRAM SYLVANIA puisse effectuer un dépannage et localiser les lampes ou les ballasts défectueux, remplir un formulaire de travail relatif au RRP, en précisant :

- The contractor information for the issuer  
Les renseignements concernant l'entrepreneur pour l'émetteur
- The product information (quantity installed, quantity claimed defective, NAED, product description, date code)  
Les renseignements relatifs aux produits (quantité installée, quantité déclarée défectueuse, code NAED, description de produit, code de datation)
- The statement of complaint  
L'exposé de la réclamation
- The address where the replacement products to be sent, checkmark an option (ship replacement)  
L'adresse où les produits de remplacement doivent être envoyés, indiquer une option (expédier les produits de remplacement)
- The installation information and operating details for the claimed product, tailored for the type of product in cause;  
Les renseignements relatifs à l'installation et les détails de fonctionnement du produit de la réclamation, personnalisés pour le type de produit en cause;

Print the name of the issuer, sign, and put the date of issuing the PCR:

Inscrire le nom de l'émetteur en caractères d'imprimerie, signer et indiquer la date d'émission du RRP:

Checkmark the parties to be communicated on the claim resolution and fax the form to 905-671-5629

Indiquer les parties qui doivent être avisées du règlement de la réclamation et envoyer le formulaire par télécopieur au 905-671-5629

**PCR Job Form**  
**Formulaire de travail**  
**relatif au RRP**

**Email to** **Email à**  
[OSLwarranty@sylvania.com](mailto:OSLwarranty@sylvania.com)  
 or Fax to 1-905-671-5629 if necessary  
 ou Télécopier à 1-905-671-5629 au besoin

Date of Complaint (mm/dd/yy) Date de la réclamation (mm/jj/aa)	/
---	---

DD/MM/YR/HH/MS JJ/MM/AA/HH/MM (for internal use only) (à l'usage des services internes uniquement)	
PCR Processed RRP traité	
PCR # Assigned: N° de RRP attribué:	
Applicable RMA Generated: ARA applicable émise:	

PCR completed & submitted by: RRP rempli et soumis par:		Company: Compagnie:	
Phone Number Numéro de téléphone		Fax: Télec.:	

**(Internal Use Only)**  
**(À l'usage des services internes uniquement)**

Quantity Installed Quantité installée	Warranty Claim Quantity Quantité de la réclamation	NAED	Description	Date Code Code de datation	Serial # N° de série	Reject Refusé	Agree Accepté

(\*For ballast claims, please indicate how many ballasts were originally installed at site)  
 (\*Pour les réclamations relatives aux ballasts, veuillez indiquer combien de ballasts avaient été installés sur le site à l'origine)

**Statement of Complaint: / Exposé de la réclamation :**

Please fill out all applicable fields to give information to all interested parties.

Veillez remplir tous les champs pertinents afin de fournir les renseignements à toutes les parties intéressées.

Please choose one of the following (A and B and C and D) for where replacement product to be sent

Veillez choisir l'une des options suivantes (A et B et C et D) pour les endroits où le produit de remplacement doit être envoyé.

<b>A. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>		<b>B. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>	
<b>Site Address Info</b>		<b>Contractor Information</b>	
<b>Renseignements relatifs à l'adresse du site</b>		<b>Renseignements relatifs à l'entrepreneur</b>	
Company Name: Nom de la compagnie:		Company Name: Nom de la compagnie:	
Street Address: Adresse:		Street Address: Adresse:	
City: Ville: Prov.:		City: Ville: Prov.:	
Postal Code: Code postal:		Postal Code: Code postal:	
Contact Name: Personne- ressource:		Contact Name: Personne- ressource:	
Phone/Téléphone: Fax:/Télec.:		Phone/Téléphone: Fax:/Télec.:	
Email/Courriel:		Email/Courriel:	

<b>C. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>		<b>D. Replacement/Remplacement <input type="checkbox"/></b>	
<b>Distributor/Point of Product Purchase</b>		<b>OEM Fixture Information</b>	
<b>Distributeur/Point de vente des produits</b>		<b>Renseignements relatifs aux luminaires des FEO</b>	
Company Name: Nom de la compagnie:		Company Name: Nom de la compagnie:	
Street Address: Adresse:		Street Address: Adresse:	
City: Ville: Prov.:		City: Ville: Prov.:	
Postal Code: Code postal:		Postal Code: Code postal:	
Contact Name: Personne- ressource:		Contact Name: Personne- ressource:	
Phone/Téléphone: Fax:/Télec.:		Phone/Téléphone: Fax:/Télec.:	
Email/Courriel:		Email/Courriel:	

Please verify current revision prior to use. If outdated, please destroy.

Veillez vérifier la révision en cours avant d'utiliser. Si elle est périmée, veuillez la détruire.

## Installation & Operating Details

### Détails relatifs à l'installation et au fonctionnement

<b>Installation Date (mm/dd/yyyy):</b> Date d'installation (mm/jj/aaaa) :	xx/xx/20xx	<b>Purchase date (mm/dd/yyyy):</b> Date d'achat: (mm/jj/aaaa) :	xx/xx/20xx	<b>Retrofit type product:</b> Produit d'installation de rattrapage:	<input type="checkbox"/>	<b>Product in new fixture:</b> Produit dans un luminaire neuf	<input type="checkbox"/>	
<b>Hours/Start:</b> Heures/Allumage :		<b>Starts/Day:</b> Allumages/Jour :		<b>Days/Week:</b> Jours/Semaine :		<b>Est. service life (hrs):</b> Dur. de vie approx. en h :		
<b>Supply Voltage @ Fixture:</b> Tension d'alimentation au luminaire:	V	<b>Measured with Meter:</b> Mesurée sur un voltmètre:	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<b>Ambient Temp:</b> Temp. ambiante :	Celsius:	Fahrenheit:		
<b>Humidity:/Humidité:</b>	<b>Low:/Basse:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Medium:</b> Moyenne :	<input type="checkbox"/>	<b>High:</b> Élevée :	<input type="checkbox"/>		
<b>Vibration:/Vibration:</b>	<b>Yes:/Oui:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>No:/Non:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Describe:</b> Décrire :			
<b>Dimming System/Other Auxill. Equip:</b> Système de gradation/Autre équip. aux.:	<b>Yes:/Oui:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>No:/Non:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Specify:</b> Préciser:			
<b>Application Type:</b> Type d'utilisation:	<b>Residential:</b> Résidentiel:	<input type="checkbox"/>	<b>Commercial:</b> Commercial:	<input type="checkbox"/>	<b>Industrial:</b> Industriel :	<input type="checkbox"/>	<b>Specialty:</b> Spécialisé:	<input type="checkbox"/>
<b>Lamp Burning Position:</b> Position de fonctionnement de la lampe:	<b>Vertical:</b> Verticale:	Base Up <input type="checkbox"/> Culot en haut Base Down <input type="checkbox"/> Culot en bas	<b>Horizontal:</b> Horizontale:	<input type="checkbox"/>	<b>Degrees Angled:</b> Angles en degrés:			
<b>Mounting Height (Ft.):</b> Hauteur de montage en pi:		<b>Indoor:</b> Intérieur:	<input type="checkbox"/>	<b>Outdoor:</b> Extérieur :	<input type="checkbox"/>			
<b>Fixture data:</b> Données relatives au luminaire:	<b>Open:</b> Ouvert:	<input type="checkbox"/>	<b>Enclosed:</b> Fermé:	<input type="checkbox"/>	<b>Remote ballast:</b> Ballast monté à distance:	<input type="checkbox"/>	<b>Distance:</b> Distance:	

### Terms & Conditions

Replaced ballasts are eligible for a labour allowance of \$10 per ballast subject to terms below. Claims for replacement labour must be accompanied by an invoice from the claimant and issued to OSRAM SYLVANIA Ltd., Warranty Department, 2001 Drew Road, Mississauga, Ontario, Canada, L5S 1S4.  
Replaced lamps are not eligible for labour allowance.

### Conditions et modalités

Les ballasts remplacés sont admissibles à une indemnité pour frais de main-d'oeuvre de 10 \$ par ballast suivant les termes mentionnés ci-dessous. Les réclamations relatives aux frais de main-d'oeuvre pour le remplacement doivent être accompagnées de la facture du demandeur et soumises à OSRAM SYLVANIA ltée, service des garanties, 2001 Drew Road, Mississauga, Ontario, L5S 1S4. Les lampes remplacées ne sont pas admissibles aux frais de main-d'oeuvre.

The recipient named below hereby acknowledges that:

1. OSRAM SYLVANIA LTD. ("OSL") may elect, in good faith and at their sole discretion, to provide replacement product in advance of return of claimed defective product return. OSL has the sole right to determine eligibility for advance replacements beyond 60 days unless confirmed in writing by OSL.
2. They have made the request in advance of returning claimed defective product.
3. They will return all claimed defective product and any unused new product to OSL under the issued Return Material Authorization number (RMA) within 60 days of issuance of said RMA. RMA will not be extended unless confirmed in writing. After this time, OSL will seek compensation for any ballast provided.
4. Any eligible monies payable for replacement labour will not be issued until the product is received and evaluated by OSL.
5. OSL reserves the right to seek compensation for any and all product not returned to OSL, where OSL has provided replacement products under the terms of this agreement.
6. OSL reserves the right to seek compensation for any and all product found to be operable (not defective) if replacement product has been provided in advance. Only OSL shall determine whether product is operable
7. OSL reserves the right to disclose credit information to third party credit information bureaus as required while seeking compensation.
8. Product returned under any issued RMA must be returned prepaid. OSL reserves the right to deduct any charges for collect returns from any replacement product value or labour monies owed.
9. I have the power to enter into, and agree to be bound by, the terms and conditions contained in this agreement.
10. I have the authority to act on behalf of the company as detailed above under "Billing Information".

Please verify current revision prior to use. If outdated, please destroy.  
Veuillez vérifier la révision en cours avant d'utiliser. Si elle est périmée, veuillez la détruire.  
F139910 Rev./Rév. 7 December 13, 2006/Le 13 decembre 2006 Page 4 of/de 7

I have read the above and hereby agree to the Terms and Conditions as stated.

Le destinataire nommé ci-dessous agréé par les présentes que :

1. OSRAM SYLVANIA LTÉE (« OSL ») peut choisir, en toute bonne foi et à sa seule discrétion, de fournir un produit de remplacement avant que le produit défectueux réclamé soit retourné. Au-delà de 60 jours, seule OSL a le droit de déterminer de l'admissibilité aux remplacements à l'avance, à moins d'une confirmation écrite de OSL.
2. Ils ont soumis la demande avant de retourner tout produit déclaré défectueux.
3. Ils retourneront tous les produits déclarés défectueux et tout nouveau produit inutilisé à OSL suivant le numéro d'autorisation de retour d'article émis (ARA) dans les 60 jours suivants la dite émission de l'ARA. Le délai quant à l'ARA ne sera pas prolongé à moins d'être confirmé par écrit. Après ce délai, OSL demandera une compensation pour tout ballast fourni.
4. Aucune somme d'argent admissible payable pour les frais de main-d'œuvre des remplacements ne sera versée avant que le produit soit reçu et évalué par OSL.
5. OSL se réserve le droit de demander une compensation pour tout produit non retourné à OSL, là où OSL a fourni des produits de remplacement suivant les termes de cette entente.
6. OSL se réserve le droit de demander une compensation pour tout produit jugé utilisable (non défectueux), si le produit de remplacement a été fourni à l'avance. Seule OSL pourra déterminer si le produit est utilisable.
7. OSL se réserve le droit de divulguer ses renseignements sur la solvabilité à des agences d'évaluation du crédit indépendantes tel que requis lors de sa demande de compensation.
8. Un produit retourné suivant toute ARA émise doit être retourné en port payé. OSL se réserve le droit de déduire tous les frais engagés pour les retours effectués en port dû de toute somme due pour la valeur des produits de remplacements ou les frais de main-d'oeuvre.
9. Je m'engage à respecter les termes et conditions les conditions et les modalités contenues dans cette entente et accepte d'être lié sous contrat.
10. Je possède l'autorité d'agir au nom de la compagnie, tel qu'il est indiqué ci-dessus sous « Renseignements relatifs à la facturation ».

J'ai lu ce qui précède et accepte par la présente les conditions et modalités établies.

Signature: Signature:	
Printed Name: Nom en caractères d'imprimerie:	
Date:	

<b>Customer request to advise the following parties of the claim resolution:</b> <b>Le client demande d'aviser les parties suivantes du règlement de la réclamation:</b>	<b>Customer:</b> <b>Client:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Fixture OEM:</b> <b>FEO des luminaire:</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Contractor:</b> <b>Entrepreneur:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Other (specify):</b> <b>Autre (préciser)</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Point of Purchase:</b> <b>Point de vente:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Account Manager:</b> <b>Directeur de clientèle:</b>	<input type="checkbox"/>



