

RICHIESTA ASSISTENZA TECNICA

RAGIONE SOCIALE Nome : _____ Cognome: _____ Ditta: _____	Numero della fattura di acquisto : _____ Data della Fattura : _____ P.iva o C.F. del Cliente : _____
---	--

Motivo della richiesta:

La merce dovrà pervenire in sede **RAM APPARECCHI MEDICALI - VIA CASAREGIS 19/25R - 16129 GENOVA** nel suo confezionamento integro e originale, entro 1 mese dalla data di autorizzazione, completa di DDT di reso correttamente com-pilato se trattasi di Partita Iva, oppure con copia della nostra fattura se trattasi di utente Privato, inserito all'interno del pacco, indicando i riferimenti di acquisto e il numero di autorizzazione. L'azienda si riserva a suo insindacabile giudizio di accettare o meno il reso qualora non vengano rispettate le prescrizioni di reso in Garanzia.

Descrizione Articolo :	Codice	N. Pezzi	Note

RIFERIMENTI DI ACQUISTO: Fattura DDT

› N. del	› N. del	› N. del
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

FIRMA DEL CLIENTE

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO TECNICO DI RAM APPARECCHI MEDICALI

Codice Cliente:

Note:

FIRMA divisione tecnica Ram - Apparecchi Medicali srl :	DATA
---	------