DSAMED
DISTRIBUZIONE SISTEMI DI SICUREZZA

X-CO SECURITY SOLUTION PARTNER

Richiesta RMA

Nome Azienda: _____
Indirizzo: _____
Cap: _____ Città: _____ Prov.: _____
Persona di riferimento: _____
E-Mail: _____ Telefono: _____

Richiesta RMA per Riparazione Materiali

Cod. Articolo: _____ Descrizione: _____
Numero e Data DDT acquisto: _____
Difetto: _____
_____

Cod. Articolo: _____ Descrizione: _____
Numero e Data DDT acquisto: _____
Difetto: _____
_____

Cod. Articolo: _____ Descrizione: _____
Numero e Data DDT acquisto: _____
Difetto: _____
_____

Richiesta RMA per Reso Materiale per Accredito

Cod. Articolo: _____ Descrizione: _____
Numero e Data DDT acquisto: _____
Motivo del reso: _____
_____

Attenzione:
Inviare il presente modulo compilato in tutte le sue parti a rma@dsamed.it

Una volta ricevuta l'autorizzazione, La preghiamo di inviare il materiale in **Porto Franco** al seguente indirizzo indicando sia sul DDT che sul pacco - Autorizzazione RMA N.

DSAMED S.r.L – Via Cicogna 103 – 40068 San Lazzaro di Savena (BO)

Le ricordiamo che il Il **RESO PER ACCREDITO**, se autorizzato, sarà vincolato alle condizioni generali di vendita presente su tutti i nostri listini (Art. 4), con decurtazione del 20% dal prezzo di acquisto per spese di gestione materiali.
Se il materiale è stato acquistato appositamente per il cliente, il reso è subordinato all'accettazione del reso da parte del fornitore.

Luogo e Data: _____