

Richiesta RMA mod. 1025

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 (email cliccabile)

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 **RESO PER ACCREDITO**, se accettato, sarà vincolato alle condizioni generali di vendita presente su tutti i nostri preventivi e cdo e prevede un costo fisso di gestione pari ad euro 35 + iva. Dsa Med si riserva, a proprio insindacabile giudizio di svalutare del 30% il valore del materiale o di restituire i 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: _____