

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RESO

Ragione sociale e località			
Fax studio			
Data richiesta			
Si richiede			
<input type="checkbox"/>	Reso per accredito		
<input type="checkbox"/>	Reso per sostituzione		
Motivo della richiesta:			
<p>La merce dovrà pervenire nel magazzino da cui il materiale è stato spedito nel suo confezionamento integro e originale, entro 1 mese dalla data di autorizzazione, completa di DDT di reso correttamente compilato, inserito all'interno del pacco, indicando i riferimenti di acquisto e il numero di autorizzazione. Il costo per la gestione dei resi in caso di errori da parte del cliente è di 9 € + IVA. L'azienda si riserva a suo insindacabile giudizio di accettare o meno il reso. Per prodotti appositamente ordinati sarà addebitato il 10% del prezzo di vendita, per spese di gestione.</p>			
DATI DA COMPILARSI A CURA DEL CLIENTE		RISERVATO A DENTAL TREY	
Descrizione Prodotto	Q.tà	Scad.	Autoriz. Addebito %
Riferimento d'acquisto	Fattura <input type="checkbox"/>	DDT <input type="checkbox"/>	
n°	del		
n°	del		
n°	del		
Firma del cliente			
SPAZIO RISERVATO A DENTAL TREY			
Codice Cliente:			
Note			
Firma dental Trey		Data	
SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI PRODOTTO SET DENTAL			
CODICE PRODOTTO			
DESCRIZIONE			
N. LOTTO			
PROBLEMA SEGNALATO			
Numero di prodotti difettosi in ogni confezione			

Da inviare via fax al numero 0543 929913 o via e-mail a commerciale@dental Trey.it