



Dental Trey s.r.l. - Via Partisani, 3 - 47016 Fiumana - Predappio (FC)
Tel. 0543 929111 - Fax 0543 940659
commerciale@dentaltrey.it - www.dentaltrey.it

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RESO ESTERO

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:			

Per clienti **intra UE** 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. Per i clienti **extra UE** i prodotti potranno essere ritirati da Dental Trey con importazione definitiva, che necessita di fattura proforma, a cura del cliente, da consegnare al corriere, con termine di resa EXW e indicazione dei codici doganali.

I relativi costi di trasporto e doganali saranno addebitati al cliente.

I Dispositivi Medici resi autorizzati da Dental Trey dovranno essere sottoposti a Nulla Osta Sanitario (NOS), i costi per il ritiro saranno pertanto maggiorati del relativo costo pari a €100. Nel caso in cui il cliente decida di provvedere autonomamente alla spedizione dovrà rendere i materiali con fattura proforma, indicando termine di resa DAP Dental Trey e i codici doganali dei prodotti, adempiere agli obblighi doganali ed al NOS ove richiesto, diversamente il materiale non verrà accettato.

Devono inoltre essere indicate in modo completo le informazioni richieste nello spazio sottostante.

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.

DATI DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE			RISERVATO A DENTAL TREY	
Descrizione Prodotto	Q.tà	Scad.	Autoriz.	Addebito %

DATI DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE				
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		

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