

INDICAZIONE DIFETTO ATTREZZATURA

Fax: 040/228276

Email: atlantidesrl.info@gmail.com

Cliente nr	<input type="text"/>	Fattura nr	<input type="text"/>
Referente*	<input type="text"/>	Rag Sociale*	<input type="text"/>
Indirizzo*	<input type="text"/>	Cap*	<input type="text"/>
Città*	<input type="text"/>	Tel/Fax*	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>		

SPECIFICHE ATTREZZATURA:

Produttore*	<input type="text"/>	Articolo nr	<input type="text"/>
Modello*	<input type="text"/>		
	(dati di riferimento sull'etichetta)		
Nr di serie*	<input type="text"/>		
	(dati di riferimento sull'etichetta)		

Quando si è verificato il guasto per la prima volta? (gg/mm/aaaa) - -

Il montaggio è stato effettuato da
(nome dell'azienda responsabile)

INFORMAZIONI DIFETTO

Tipo difetto	<input type="text"/>
Descrizione	<input type="text"/>

E' preferibile allegare foto del componente danneggiato o in aggiunta altre informazioni.

Nel caso di guasto o difetto non attribuibile a *Atlantide Srl* (es. guasto causato da uso scorretto, collegamento o montaggio scorretti) dichiaro di assumermi l'addebito delle ulteriori spese di riparazione necessarie.

Si applicano le condizioni generali indicate nella sezione dedicata all'interno del sito.

Dichiaro di aver letto e di accettare le condizioni d'uso vigenti.

Luogo e data

Timbro e firma

* Campi obbligatori

Importante: Per elaborare la richiesta è necessario stampare il presente modulo e inoltrarlo via fax o mail ai riferimenti riportati in alto. Saranno presi in carico solo i moduli firmati.