



medical equipment design



FORMULARIO DE CAMBIOS Y DEVOLUCIONES PARA AUDÍFONOS, AURICULARES Y ACCESORIOS

Fecha * Referencia pedido

Pedido por * Empresa * Código cliente
 * Persona de contacto
 Dirección
 Cód.postal / población
 Provincia
 * Teléfono
 Email

AUDÍFONOS Cambio Abono

MODELO	Nº Serie	MOTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones:

***No se realiza la devolución de estuches ni impresiones enviados**

AURICULARES Reposición en garantía Abono (sin desprecintar)

UNIDADES	MODELO	LARGO	LADO	Nº DE SERIE (EN CASO DE REPOSICIÓN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACCESORIOS Cambio Abono

MODELO	Nº Serie	MOTIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones: