

CAMPOS A CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE:

RAZON SOCIAL

PERSONA DE CONTACTO

TELEFONO1 TELEFONO2

EMAIL GENERAL

Nº DE FACTURA

Nº DE FACTURA

MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN

.....

.....

.....

Ref. del producto	Descripcion	Uni - dades	Comentarios o síntomas

CAMPOS A CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE:

Fecha recepcion Código S.A.T.

Diagnóstico Customer Care: Realizado por: Fecha:

Fecha autorización de la devolución:

fecha autorización abono departamento técnico:

Tel. Persona receptora: Email Persona receptora: