



FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

CAMPOS A CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE:

RAZON SOCIAL

PERSONA DE CONTACTO

TELEFONO1

TELEFONO2

EMAIL GENERAL

Nº DE FACTURA

REFERENCIA DEL CLIENTE

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: