

DATI CLIENTE			
Ragione Sociale /Nome Cliente (*)			
Partita IVA / Codice Fiscale (*)			
Indirizzo (*)			
CAP (*)		Città (*)	
Tel (*)		e-mail / Fax (*)	
Persona riferimento			

PRODOTTI				
Codice	Matricola	Qta.	Data Acquisto	Difetto

(\*) campi obbligatori

(#) riportare il numero RMA fornito da Med srl

Per Data Acquisto, è possibile indicare anche il numero di fattura, nel caso il prodotto sia stato acquistato direttamente presso Med srl

Qualora l'articolo risultasse non riparabile e/o non il garanzia, è possibile ricevere indietro lo strumento non riparato al semplice costo di gestione della pratica (50€) + iva.

Per richiedere la riparazione in garanzia, è necessario fornire una prova di acquisto valida, fatture e scontrini non riportanti matricola/descrizione del prodotto saranno ritenute prove d'acquisto NON valide.

Inviare questo modulo compilato, per accettazione e fornitura del numero RMA all'indirizzo:

[l.faeti@arimar.com](mailto:l.faeti@arimar.com)

Eventuale merce resa priva di numero RMA, NON sarà accettata.

In accordo al D.lgs. 196/2003, si acconsente al trattamento dei dati personali.

Data

Firma