

Data:

RICHIEDENTE

CLIENTE	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	<input type="text"/>		
PERSONA DI RIF.	<input type="text"/>		
TELEFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		

UTILIZZATORE FINALE (ubicazione unità difettosa)

CLIENTE	<input type="text"/>		
INDIRIZZO	<input type="text"/>		
PERSONA DI RIF.	<input type="text"/>		
TELEFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		

DATI UNITA'

MODELLO	<input type="text"/>	Q.TA'	<input type="text"/>
NUM. DI SERIE	<input type="text"/>	DATA PROD.	<input type="text"/>
DDT VENDITA	<input type="text"/>	DATA DDT	<input type="text"/>
GARANZIA	SI	NO	
PROBLEMA	<input type="text"/>		
NOTE	<input type="text"/>		

Con la presente il Richiedente accetta di accollarsi l'onere dei costi di intervento / riparazione nel caso in cui, ad insindacabile giudizio di Endomed S.r.l.s o dei Centri Assistenza Autorizzati, l'unità in oggetto, seppure in garanzia, non presenti anomalie oppure il difetto non sia imputabile alla qualità del prodotto stesso.

Altresi il Richiedende, nel sottoscrivere la presente richiesta, conferma di aver letto e accettato le Norme Generali in materia di servizio post vendita contenute nel sito www.endomed.it alla pagina Assistenza Tecnica.

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato a Centro Assistenza Autorizzato per richieste su unità non in garanzia, oppure a Endomed S.r.l.s.-After Sales Service Dpt (vedi riferimenti sotto riportati) nel caso di richieste per unità ancora in garanzia.

RICHIEDENTE: _____
(timbro e firma)

(Spazio riservato a Endomed S.r.l.s / Centro Assistenza Autorizzato)