TELCA

M.A.T. (MODULO ASSISTENZA TECNICA)

DATI CLIENTE

nome_____ cognome_____ data _____

via _____ n°_____ cap _____

citta'_____prov._____

tel.: _____ mail: _____

c.f. / p.iva _____ sdi / pec _____

DATI SPEDIZIONE RITORNO

nome_____ cognome_____ data _____

via _____ n°_____ cap _____

citta'_____prov._____

tel.: _____ mail: _____

rif. citofono _____ piano _____

DIFETTOSITA' RISCONTRATA REPLICHE / ACCESSORI / ALTRO

modello:	colorazione:	problema / difetto / lavorazione richiesta:

Inserire la replica o le repliche senza alcun accessorio allegato poichè il laboratorio non risponderà in caso di smarrimento degli stessi

APPARATI COMMS / HEADSET / NVG / ATPIAL

modello:	quantità:	problema / difetto / lavorazione richiesta:

Intervento concordato precedentemente mezzo: MAIL (indirizzo _____)

WHATSAPP (incare numero _____)

LABORATORIO CASELLA
Viale del Lavoro 12 C - 45100 Rovigo (RO)
P.IVA 05284480281