

DEVOLUCIÓN DE MATERIAL

Fecha Recepción multiCLASS:: _____

Nº Control multiCLASS: _____

Datos Cliente:

Nombre:				CIF:	
Dirección:					
Código Postal:		Localidad:		Provincia:	
Teléfono:		Fax:		Código Cliente	
Persona de Contacto:					
Teléfono directo:		E-mail directo:			

Relación de equipos enviados:

1	Nº de Serie:		A Rellenar por multiCLASS			
	Denominación:		Fº Venta			
	Nº Factura/Albarán		Garantía	SI		NO
	Anomalías Observadas		Artículo			
		Producto Golpeado?	SI		NO	

2	Nº de Serie:		A Rellenar por multiCLASS			
	Denominación:		Fº Venta			
	Nº Factura/Albarán		Garantía	SI		NO
	Anomalías Observadas		Artículo			
		Producto Golpeado?	SI		NO	

3	Nº de Serie:		A Rellenar por multiCLASS			
	Denominación:		Fº Venta			
	Nº Factura/Albarán		Garantía	SI		NO
	Anomalías Observadas		Artículo			
		Producto Golpeado?	SI		NO	