

MODULO DI RECLAMO / RMA N. (compilazione a cura Rh Italy)



Se il presente modulo NON VERRA' compilato in modo corretto IN TUTTI i campi la richiesta NON VERRA' presa in carico

DATI SOCIETA'

Nome della società :
Persona di contatto
Indirizzo di ritiro :
Tel : e-mail:.....

N. CONFERMA ORDINE RH:

N. FATTURA :

N. DDT :

N. SHIP (compilazione a cura di RH Italy) :

MOTIVO DEL RECLAMO/RESTITUZIONE

- ☐ Difetto prodotto
- ☐ Imballo danneggiato
- ☐ Mancanza della documentazione (manuale uso, etichette,... specificare).....
- ☐ Altro

Codice articolo /Modello Rehasense	Seriale/Lotto	Quantita'	Difetto Riscontrato*

*(includere tutte le informazioni necessarie a descrivere il difetto riscontrato)

MODALITA' DI RILIEVO

- ☐ Durante la consegna
- ☐ Per controllo interno
- ☐ Su segnalazione utilizzatore
- ☐ Altro (specificare) :

FIRMA

DATA

Si ricorda che eventuali richieste di reso merce saranno accettate se pervenute entro 14 gg dalla ricezione della merce stessa.
In caso di restituzione si ricorda di utilizzare l'imballo originale.

RECLAMO/RESO PRESENTATO DA

Società :

Indirizzo :

N. RMA :

SPEDIRE A :

Rehasense Italy srl

Via Galileo Galilei 26

Reggiolo (RE)

In caso di reso prodotto, si prega di compilare e stampare questa pagina e di di attaccarla alla scatola di cartone in un punto ben visibile.