



INFINISURGE

MODULO RICHIESTA DI RESO

NOME _____ N. FATTURA _____

COGNOME _____ DATA FATTURA _____

C.F. _____ INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ EMAIL _____

DESCRIZIONE ARTICOLO	N. PEZZI	MOTIVO RICHIESTA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

La merce dovrà pervenire a INFINISURGE SRL – VIA VILLALTA, 57-61 – 33100 UDINE nella sua confezione, integra ed originale, entro un mese dalla data di autorizzazione, completa di copia della fattura/ricevuta d'acquisto, inserita all'interno del pacco.

L'azienda si riserva a suo insindacabile giudizio di accettare o meno il reso qualora non vengano rispettate le prescrizioni di reso in Garanzia.

FIRMA CLIENTE

DATA

SPAZIO RISERVATO A INFINISURGE:

FIRMA INFINISURGE

DATA
