Inviare il presente modulo a: magazzino@audicom.it
oppure al n. di fax 0323-864431

# MODULO RICHIESTA RMA

| | | | |
|---|---|---|---|
| CLIENTE | | FAX | |
| RESP. TECNICO | | E-MAIL | |

| Parte prodotto | Serial Number | Difetto | data scontr./fatt. | n. scon./fatt vendita | NOTE ( a cura di Audicom) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| DATA accettazione | |
| N. RMA assegnato | |

**IMPORTANTE:**

**1) Compilare tutte le parti evidenziate in grigio**

**2) Allegare copia delle scontrino o della fattura di vendita**