MODULO RESI/SOSTITUZIONE

(Da inviare a italia-servizioclienti@dentsplysirona.com)



DATI CLIENTE

RAGIONE SOCIALE*:	SOCIALE*:		_COD CLIENTE*:			
INDIRIZZO DI RITRO*:						
CAP*:	_ CITTA'*:		_ PROV*:			
TELEFONO STUDIO*:						
EMAIL PER INVIO ETICHETTA CORRIERE*						
ORARIO E GIORNI APERTURA STUDIO PER RITIRO*						
LUNEDI' MATTINA POMERIGGIO						
MARTEDI'						
MERCOLEDI' MATTINA POMERIGGIO						
GIOVEDI' - MATTINA - POMERIGGIO						
VENERDI' - MATTINA - POMERIGGIO						

PRODOTTI DA RENDERE/SOSTITUIRE

COD PROD*:	DESCRIZIONE [*] :	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA'*:	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA ^{,*} :	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA ^{,*} :	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
COD PROD*:	DESCRIZIONE*:	QTA ^{,*} :	N° FATTURA	SCADENZA*:LOTTO:	
MOTIVAZIONE RESO* - SOSTITUZIONE - ERRATO ORDINE CLIENTE - ERRATO ORDINE AGENTE - ALTRO (SPECIFICARE:)					

* CAMPI OBBLIGATORI