

RICHIESTA RMA

Spett.le Clinica Computer
Piazza Mattiolo, 6
10149 Torino To
FAX + 39 011 3743614

Con la presente Il sottoscritto _____

Sono un:

Email: _____

Telefono: _____

Cap:

Indirizzo: _____

Città: _____

Prov: _____

Vi richiede, COME DA VOSTRA OFFERTA, l'autorizzazione alla spedizione in porto assegnato del seguente prodotto:

Marca:

Modello: _____

INTERVENTO RICHIESTO

TIPO GUASTO (Se necessario, allegare un ulteriore foglio con descrizione dettagliata):

Il difetto indicato si presenta: a caldo/freddo/, se saltuario ogni quanto tempo? _____

Se ci sono delle password, elencare? Passw. Bios? _____ Password Hard Disk? _____

WINDOWS: user ? _____ WINDOWS:password? _____

Sistema operativo installato: _____ Sono allegati i Cd di ripristino: _____ Alimentatore: _____

Batteria: _____ Parti rotte o mancanti: _____

Dati riguardanti la spedizione, da comunicare anche al corriere

Peso del pacco: kg _____ Dimensioni (cm): altezza _____ Larghezza: _____ Profondità: _____

Indirizzo della presa: _____

Richiediamo l'utilizzo del vostro corriere e vi confermiamo la nostra presenza per il ritiro il Giorno: _____

Dichiaro di aver letto le vostre istruzioni e di sollevare la Clinica Computer da ogni responsabilità derivante da danni dovuti al trasporto, inoltre dichiaro che in caso di non accettazione preventivo di pagare alla Clinica Computer l'importo di 32€ +Iva corrispondente alla gestione pratica e spedizione di ritorno al mio domicilio. In caso di accettazione preventivo di pagare alla Clinica Computer importo di 16€+Iva per la spedizione di ritorno, oppure di usare:

Eventuale trasportatore convenzionato: _____

Resto in attesa del vostro RMA: Data richiesta: _____

Firma, Nome e Cognome: _____

Riservato a Clinica Computer: NUMERO RMA ASSEGNATO: _____ Data : _____