

Formulario Nro. (uso interno)

Fecha

Return Merchandise Authorization

Complete los datos solicitados.

A la brevedad nos comunicaremos con la persona de contacto para informar el diagnóstico y solución propuesta.

DATOS CLIENTE

Compañía	<input type="text"/>		
Persona de contacto	<input type="text"/>	Planta	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

DATOS EQUIPO A REVISAR

Marca	<input type="text"/>		
Modelo	<input type="text"/>	Nro. de serie	<input type="text"/>
Describa brevemente la falla del equipo	<input type="text"/>		

Los equipos deberán ser entregados y retirados en nuestras oficinas:

Datos para el envío:

Services Solutions . **AMBA**
Padre Arrieta 2184 - Castelar- Buenos Aires
+541144835134

Horario: Lunes a viernes de 8.00 a 13 y de 14 a 1630 hs.

Services Solutions **CABA**

Av. Pte. Roque Saenz Peña 616, Edificio Miguel Bencich Piso 5° of.4
+541140043606

Horario: Lunes a viernes de 8.00 a 13 y de 14 a 1630 hs

ESTE FORMULARIO DEBERA SER ENVIADO JUNTO CON LOS EQUIPOS

En el caso de existir un contrato o acuerdo previo que incluya el envío de los equipos calibrados/reparados, detallar:

Transporte	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Horario	<input type="text"/>