



**MEDICAL PROVIDER SRL**  
Via Nazionale 18, 309 - 89013 - Gioia Tauro  
(RC) Tel. +39 0966 255718  
Pec: medical-providersrl@pec.it  
Codice Fiscale e P.IVA: 03184520801  
Codice Univoco: KRRH6B89  
E-mail: info@medicalprovider.it

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cliente: .....

# Modulo Richiesta di Reso

Compilare e spedire a:  
E-mail: [ordini@medicalprovider.it](mailto:ordini@medicalprovider.it)  
Whatsapp: +39 379 2263035

Rif. Fattura / DDT

N°: \_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Richiesta reso:** \_\_\_\_\_

ACCREDITO

SOSTITUZIONE

RIPARAZIONE

SOSTITUZIONE  
GIA' ANTICIPATA

PRIPARAZIONE  
IN GARANZIA

**Motivo:** \_\_\_\_\_

ERRATA  
ORDINAZIONE

ARTICOLO/I  
DIFETTOSO/I

ARTICOLO/I  
DANNEGGIATO/I

ERRATO  
INVIO

ALTRI MOTIVI .....

**Articoli:** \_\_\_\_\_

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA'

## CLAUSOLE DI ACCETTAZIONE

- L'accettazione del reso è subordinata alla completa compilazione del presente modulo, con esatta indicazione del numero di fattura/DDT e del dettaglio dei materiali da sostituire (codici articolo e descrizione).
- Il confezionamento della merce deve essere con l'imballo originale.

## ATTENZIONE:

La merce è in ogni caso sottoposta a verifica da parte nostra e ci riserviamo la facoltà di non accettare il reso. In caso di mancata accettazione la merce sarà spedita al mittente in porto assegnato.

Per presa visione delle clausole esposte

**Timbro e Firma**