

**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

**Modulo Richiesta  
di Reso**

Compilare e spedire a:

E-mail: ordini@medicalprovider.it

Whatsapp: +39 379 2263035

**Rif. Fattura / DDT**

N°: \_\_\_\_\_

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

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

Cliente: .....

**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**