



Modulo di reso

Destinatario: **one-provide ag**
C/O MEDISYN SA
Sternmatt 6
6010 Kriens
Tel. 058 400 16 16

Mittente:

Timbro studio medico:

Numero cliente

Tecnica

Magazzino

Alla cortese attenzione di _____

Merce refrigerata

Data: _____

Interlocutore studio medico: _____

Conferma

Confermo che la merce resa è stata stoccata secondo le disposizioni fin dalla consegna ed è sempre stata sotto la mia responsabilità.

Tipo di reso

Motivo del reso

Tramite corriere

Consegna errata

Ordine errato

Consegna difettosa

Per posta

Richiamo lotto

Tutto da smaltire

Come da accordi con: _____

Merce / apparecchiatura resa

Quantità	Denominazione prodotto	Certificato di consegna n.	Data di consegna

Osservazioni

Desidero essere richiamato per telefono
