

ZGODA NA ZWROT REKLAMOWANEGO TOWARU NA MAGAZYN ML SYSTEM

| | |
|------------------------------|--|
| Data: | |
| Nr sprawy IMS: | |
| Dane klienta: | |
| Producent urządzenia: | |
| Typ urządzenia: | |
| Nr seryjny: | |
| Uwagi : | |
| Data i podpis Działu serwisu | |
| Data i podpis Magazynu | |
| Data i podpis osoby zdającej | |

Uwaga !

Informujemy, że zwrotu / odbioru należy dokonać na magazyn ML System, 36-062 Zaczernie 190 G w dni powszednie w godzinach 8-15.