

ΈΝΤΥΠΟ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΕΛΑΤΗ:

ΠΟΛΗ:

Ημερομηνία:

FAX: 28210-66403

ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ + SERIAL NUMBER	ΠΟΣ/ΗΤΑ	ΑΡ. ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΑΓΟΡΑΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ / ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	ΈΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΑΠΟ ΜΟΒΙΑΚ Όνοματ/μο Υπευθύνου (Υπογραφή)
Παρατηρήσεις Αφορούν αποθήκη & λογιστήριο ΜΟΒΙΑΚ						
Ενέργειες Αποθήκης / Παρατηρήσεις						

Το παρόν έντυπο **με την έγγραφη έγκριση της ΜΟΒΙΑΚCARE** θα πρέπει να επισυνάπτεται στο Δελτίο Αποστολής κάθε επιστρεφόμενου προϊόντος, για να γίνει παραλαβή από τους Οδηγούς ή τους Αποθηκάρχους της εταιρείας μας