

SERVIZIO REVISIONE ZATTERE DA DIPORTO

Modulo da inviare tassativamente via E-mail a: revisioni@gruppomed.it

PRIMA DI SPEDIRE LE ZATTERE e compilato in ogni sua parte.

MITTENTE (dati rilasciati al corriere)

Nome e Cognome / Ragione Sociale

Indirizzo CAP

Località Provincia (.....)

INTESTAZIONE E FATTURA

Nome e Cognome / Ragione Sociale

Indirizzo CAP

Località Provincia (.....)

Codice Fiscale

Partita Iva

Telefono Cellulare

Email

INDIRIZZO DI RESTITUZIONE MERCE DOPO LA REVISIONE

Intestazione

Indirizzo CAP

Località Provincia (.....)

NOTE

Modello zattera N. Serie

Modello zattera N. Serie

Modello zattera N. Serie

Modello zattera N. Serie

CONDIZIONI DI PAGAMENTO:

Contrassegno al corriere..... ☐

Pay Pal..... ☐

Bonifico Bancario..... ☐