

## RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RESO

<b>RAGIONE SOCIALE STUDIO:</b>			
<b>DATA:</b>			
<b>CAUSALE:</b>	RESO PER ACCREDITO <input type="checkbox"/>	RESO PER SOSTITUZIONE	<input type="checkbox"/>
<b>MOTIVO DELLA RICHIESTA:</b>			
<p>La merce dovrà pervenire in sede Francodental s.r.l. in Pavia, in porto franco nel proprio confezionamento originale integro, entro 15gg. dall'avvenuta autorizzazione completa di D.D.T. debitamente compilato con l'indicazione dei riferimenti di acquisto. L'azienda si riserva il diritto di non accettare il reso qualora ne vengano a mancare i presupposti.</p>			
<b>DESCRIZIONE PRODOTTO</b>	<b>Q.TA</b>	<b>LOTTO</b>	<b>CODICE</b>
<b>RIFERIMENTI DI ACQUISTO:</b>	FT <input type="checkbox"/>		DDT <input type="checkbox"/>
	N.		DEL

Il modulo stampato e firmato andrà inviato al numero di **FAX 0382/570990**

**FIRMA DEL CLIENTE**