

**MODULO
RICHIESTA RESI****A CURA del CLIENTE**PARTE DA COMPILARE E DA TRASMETTERE AL NR. FAX **0499 400 639** o E-MAIL **barbarapalladini@bertopasquale.it**

RAGIONE SOCIALE CLIENTE	CODICE CLIENTE	N° FAX/E-MAIL CLIENTE

PRODOTTI DA RENDERE

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA'	N° FATT. o DDT	DATA DOC.	**

**** MOTIVO DELLA RICHIESTA** (numero da indicare nella colonna apposita) **CAMPO OBBLIGATORIO:**

- 1-** Errore del Cliente **2-** Merce difettosa **3-** Errore Berto Pasquale S.r.l. **4-** Merce danneggiata durante il trasporto
5- Altri motivi (specificare): _____

ATTENZIONE

1. Sono accolte Rese solamente se autorizzate.
2. Trascorsi **8 giorni** dalla consegna della merce non saranno autorizzate rese a nessun titolo
3. Rese accettate che non dipendono da difettosità o errore di Berto Pasquale saranno accreditate con una decurtazione del valore del 20%.
4. Il prodotto deve essere reso con il suo imballo originale perfettamente integro e completo di eventuali etichette

Data: _____ Timbro e Firma (*leggibile*): _____**A CURA della BERTO PASQUALE S.R.L.**

AUTORIZZAZIONE N°	DATA	FIRMA

☐ **Reso AUTORIZZATO** con la seguente modalità:

- ☐ Provvederemo al ritiro del reso in concomitanza della prossima consegna.
☐ Provvederemo al ritiro del reso tramite nostro Agente
☐ Con addebito spese di € _____

Note: _____

Importante: LA MERCE RESA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DAL DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.D.T.) E DAL PRESENTE MODULO