**MODULO RICHIESTA DI REVISIONE DPI**

La sottoscritta società  c.f./p.i 

Nominativo del punto vendita: 

Indirizzo punto vendita: 

Orari di apertura magazzino per ritiro: 

con la presente richiede la riparazione dei seguenti articoli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cod. Art.** | **N.Serie/Matricola** | **Descr.** | **Quantità** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Richieste particolari:



Modulo compilato da (nome e cognome): Contatto di posta elettronica (obbligatorio) Contatto Telefonico (obbligatorio): 

Luogo e data: Fare clic o toccare qui per immettere una data. Timbro e Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inviare all’indirizzo mail [assistenza@kapriol.com](mailto:assistenza@kapriol.com) ed inserire all’interno del collo