

Ημερομηνία

Επωνυμία Εταιρίας / Α.Φ.Μ. /

Αρ. Έγκρισης Επιστροφής Εμπορευμάτων

ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ ΝΑΙ / ΟΧΙ

Κωδικός	Περιγραφή	Τεμ.	(LOT NUM.)	Αρ. τιμ. Αγοράς	Ημ/νια Αγοράς

Παρατηρήσεις :

(παρακαλώ περιγράψτε όσο το δυνατόν πιο λεπτομερώς το ελάττωμα του προϊόντος ή το λόγο επιστροφής)

Αποστολή (Μεταφορική ή courier) / Αρ. Δεμάτων :

Ημερομηνία αποστολής : / /

Το παραπάνω πλαίσιο συμπληρώνεται από τον πελάτη έπειτα από έγκριση επιστροφής των προϊόντων

Παρατηρήσεις Τεχνικού ελέγχου της Orthosolutions & Τμήματος επιστροφών

(*Συμπληρώνεται από προσωπικό της orthosolutions)

Ημερομηνία Ελέγχου :

Όνοματεπώνυμο (υπογραφή) :

*** Η συγκεκριμένη φόρμα πρέπει να επισυνάπτεται συμπληρωμένη μαζί με δελτίο αποστολής για την παραλαβή των προϊόντων από τον μεταφορέα.***** Η Orthosolutions δεν αναλαμβάνει να αντικαταστήσει βλάβες που προκλήθηκαν από τον μεταφορέα ή από ελαττωματική συσκευασία. Σε περίπτωση αντικατάστασης προϊόντος θα πρέπει η αρχική συσκευασία να είναι άθικτη, χωρίς χειρόγραφες σημειώσεις επάνω ή οποιαδήποτε έλλειψη υλικών εντός της συσκευασίας.***** Για την καλύτερη και άμεση εξυπηρέτησή σας, παρακαλείσθε να αποστείλετε τη συγκεκριμένη φόρμα συμπληρωμένη στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@orthosolutions.gr ή στο φαξ **2105914967** για να λάβετε αριθμό έγκρισης αποστολής των προϊόντων. Είναι αποδεκτό οποιοδήποτε υλικό ηλεκτρονικής μορφής (π.χ. φωτογραφία, βίντεο) που θα αποδεικνύει τη βλάβη.**