



# MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE RESO

DA INVIARE VIA FAX AL NUMERO 081- 5038000  
Mail: [davide@aprilespa.it](mailto:davide@aprilespa.it)



(Non sostituisce documento di reso)

### Dati Cliente:

Codice Cliente \_\_\_\_\_ Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Compilazione a cura di  
APRILE SPA

Rif. Num. Documento	Data Documento	Descrizione articolo	Codice articolo (come da nostro documento)	Motivazione / Descrizione Difetto Presunto		Quantità Resa	N. RMA	Rif. Bolla Cliente

DATA \_ / \_ / \_ \_ \_

**IMBALLO ORIGINALE:** SI / NO

Firma e timbro Cliente