



RICHIESTA INTERVENTO SERVIZIO POST VENDITA

DATA : _____
DISTRIBUTORE : _____
RAPPRESENTANTE COMMERCIALE : _____
TELEFONO: _____

Signori,
Vi chiediamo di mettervi in contatto con il nostro cliente :

CLIENTE

RAGIONE SOCIALE: _____
CONTATTO : _____
INDIRIZZO : _____
CITTA : _____ PAESE : _____
TELEFONO: _____
FAX: _____
N° DI SERIE DELLA VASCA (obbligatorio) : _____
DATA D'INSTALLAZIONE : ____/____/____

ORIGINE DEL GUASTO

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TEMPERATURA DEL LIQUIDO | <input type="checkbox"/> OSSIGENAZIONE |
| <input type="checkbox"/> FLUSSO DEL LIQUIDO | <input type="checkbox"/> FUNZIONAMENTO GENERALE |
| <input type="checkbox"/> STATO DEL LIQUIDO | <input type="checkbox"/> ALTRO |

PRECISARE : _____

RISULTATO D'INTERVENTO

EFFETTUATO IL : _____ DA : _____

Nessun intervento verrà effettuato se mancano delle informazioni.