

Ημ/νία: Ημ/νία Παραλαβής: Αρ. RMA:

ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΩΝ (RMA)

Στοιχεία Πελάτη (Συμπληρώνεται από πελάτη)**Όνοματεπώνυμο:****Εταιρία:****Τηλέφωνο:****E-mail:****Πωλητής:****Στοιχεία Προϊόντων (Συμπληρώνεται από πελάτη)**

| A/A | Κωδικός Προϊόντος | Εντός Εγγύησης | Ημ/νία Αγοράς | Περιγραφή Βλάβης |
|-----|-------------------|---|---------------|------------------|
| 1 | | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΌΧΙ <input type="checkbox"/> | | |

Στοιχεία πελάτη για επιστροφή χρημάτων**Δικαιούχος:****Τράπεζα:****Αρ. Τραπεζικού****Λογαριασμού:****IBAN:**

Σφραγίδα & Υπογραφή Πελάτη

Υπογραφή Εκπροσώπου Vector
Security (Συμπληρώνεται από Vector)

Ημ/νία: __/__/__