



## FORMULÁRIO PARA REPAROS

Para que possamos oferecer um melhor serviço, por favor, imprima este formulário e envie junto com o equipamento. (Tenha uma cópia).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ordem de compra: \_\_\_\_\_(Inclua uma cópia).

Modelo: \_\_\_\_\_

Número de Série: \_\_\_\_\_

Problema apresentado: \_\_\_\_\_

Acessórios enviados com o equipamento: \_\_\_\_\_

- Pavor higienizar o equipamento antes do envio.

Endereço para envio:

Nome/Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Cep: \_\_\_\_\_

Endereço para envio da fatura:

Nome/Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Cep: \_\_\_\_\_

Responsável pela aprovação:

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Responsável pelo pagamento:

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cartão de crédito: \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_

Favor enviar o equipamento para o endereço abaixo:

1-800-Endoscope.com 6220 Manatee Ave. West #302 Bradenton, FL. 34209 USA

Caso o reparo não seja autorizado será cobrado uma taxa de avaliação de US\$ 50,00.