



REQUERIDO REEMBOLSO Y/O SUSTITUCIÓN

ENVIAR A. EL FAX N° 0039-059-99931186

DETERMINADO CLIENTE	
Nombre Cogn. o Rag.Soc.	
Cod.Fisc.o Partido IVA	
Dirección	
CAP-Ciudad-Prov.	
Teléfono	
Fax	
Celular	
Email	
Código Orden	

SOLICITUD DE:

- REEMBOLSO
- SUSTITUCIÓN
- OTRO

NOTAS

MÉTODO DE REEMBOLSO

Giro bancario bancario sobre cuenta intestado a _____

BANCA _____

IBAN _____ **BIC** _____

Data _____

Firma _____