** ΦΟΡΜΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΩΝ - RMA**

**Ημερομηνία ……………………………………………………………….**

**Επωνυμία Εταιρίας / Α.Φ.Μ. …………………………………………………………………/……………………………..**

***Αρ. Έγκρισης Επιστροφής Εμπορευμάτων* …………………………………………….. ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ ΝΑΙ / ΟΧΙ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Κωδικός** | **Περιγραφή** | **Tεμ.** | **S/N (ή LOT NUM.)** | **Αρ. τιμ. Αγοράς** | **Ημ/νια Αγοράς** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Παρατηρήσεις**

*(παρακαλώ περιγράψτε όσο το δυνατόν πιο λεπτομερώς τη βλάβη ή το λόγο επιστροφής)*

|  |
| --- |
|  |

**Αποστολή (Μεταφορική ή courier) / Αρ. Δεμάτων……………………………………………………./…………..**

**Ημερομηνία αποστολής ……………………………………………………………….**

***\*\*Τα προηγούμενα συμπληρώνονται από τον πελάτη έπειτα από έγκριση επιστροφής των προϊόντων***

**Παρατηρήσεις Τεχνικού ελέγχου & Τμήματος επιστροφών**

*(\*Συμπληρώνεται από προσωπικό της ALFACARE)*

|  |
| --- |
|  |

**Ημερομηνία Ελέγχου ή επισκευής ……………………………………………………..**

**Ονοματ/μο (υπογραφή) ………………………………………………………………………**

*\* Η συγκεκριμένη φόρμα πρέπει να επισυνάπτεται συμπληρωμένη μαζί με δελτίο αποστολής για την παραλαβή των προϊόντων από τον μεταφορέα.*

*\*Η ALFACARE δεν αναλαμβάνει να αντικαταστήσει βλάβες που προκλήθηκαν από τον μεταφορέα ή από ελαττωματική συσκευασία. Σε περίπτωση αντικατάστασης προϊόντος θα πρέπει η αρχική συσκευασία να είναι άθικτη, χωρίς χειρόγραφες σημειώσεις επάνω ή οποιαδήποτε έλλειψη δεματικών εντός της συσκευασίας.*

*\*Για την καλύτερη και άμεση εξυπηρέτηση σας, παρακαλείσθε να αποστείλετε τη συγκεκριμένη φόρμα συμπληρωμένη στην ηλεκτρονική διεύθυνση* [*service@alfacare.gr*](mailto:service@alfacare.gr) ή στο φαξ **2610.620.200** *για να λάβετε αριθμό έγκρισης αποστολής των προϊόντων. Είναι αποδεκτό οποιοδήποτε υλικό ηλεκτρονικής μορφής (π.χ. φωτογραφία, βίντεο) που θα αποδεικνύει τη βλάβη.*

**ALFACARE A.E. (ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ & ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ & ΠΑΡΑΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ)**

**ΚΕΝΤΡΙΚΟ: ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ 46, Τ.Κ. 26335-ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ: 2610 32 32 35 FAX: 2610 620 200**

**ΥΠΟΚ/ΜΑ: Ι. ΔΙΑΚΙΔΗ 250 – ΠΕΡΙΒΟΛΑ ΠΑΤΡΩΝ, Τ.Κ. 26500-ΠΑΤΡΑ ΤΗΛ: 2611 810 526**

**SERVICE: Α. ΦΛΕΜΙΝΓΚ 16 – Τ.Κ. 26335-ΠΑΤΡΑ, ΤΗΛ. 2610 62 44 22 FAX: 2610 62 44 22**