



Acquistate come vi piace

BOLLA DI RIPARAZIONE

Informazioni personali

Titolo

*Nome

*Cognome

*Via/No.

*CAP/Luogo

*Telefono

*E-mail

Destinatario

Rotel AG
Parkstrasse 43
5012 Schönenwerd

*Descrizione del problema :

* Numero di ordinazione

*Data di acquisto

Specifiche del prodotto

*Marchio

*Tipo

*Condizione dell'oggetto

*Accessori in dotazione

No. seriale/IMEI

Data _____

Firma_____

Per il diritto alla garanzia allegare obbligatoriamente una copia della prova di acquisto/bolla di consegna

*Campi obbligatori

Stampare una copia della bolla di consegna per sé