

CİHAZ İADE / DEĞİŞİM FORMU

TARİH:...../...../.....

NO:.....

CİHAZ TİPİ KOMBİ KAZAN BOYLER BRÜLÖR
ŞOHBEN TERMOSIFON

CİHAZ MODELİ **KODU**

SERİ NUMARASI 1 2

BAYİ İSMİ **ŞEHİR**

MÜŞTERİ İSMİ **ADRESİ**

DEVREYE ALMA

TALEB EDEN MÜŞTERİ BAYİ

İADE / DEĞİŞİM

BÖLGE SERVİSİ

GÖRÜŞÜ

SATIŞ DEPARTMANI

GÖRÜŞÜ

MERKEZ SERVİS

GÖRÜŞÜ

CİHAZ DEĞİŞİMİ UYGUN Uygun Değil ONAY