

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Empresa: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Telefone: _____ Fax: _____ Telemóvel: _____
Email: _____

DESCRIÇÃO DA PEÇA

Referência nº: _____ Marca: _____
Designação da Peça: _____
Fatura n.º: _____ Data: _____

INFORMAÇÃO DO VEÍCULO

Marca: _____ Modelo: _____ Chassi: _____
Motor: _____ Ano: _____ Matrícula: _____

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

DEVOLUÇÃO SOLICITADA POR

Nome: _____ Contato: _____

APROVAÇÃO

Nome: _____ Data: _____

- Enviar para devolucoes@filourem.com para aprovação;
- Juntar à respetiva peça em caso de aprovação.

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Empresa: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Telemóvel: _____

Email: _____

DESCRIÇÃO DA PEÇA

Referência nº: _____ Marca: _____

Designação da Peça: _____

Fatura n.º: _____ Data: _____

INFORMAÇÃO DO VEÍCULO

Marca: _____ Modelo: _____ Chassi: _____

Motor: _____ Ano: _____ Matrícula: _____

Data da Montagem: _____ KM Inicial: _____

Data da Reclamação: _____ KM Final: _____

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO

- Enviar para devolucoes@filourem.com para aprovação;
- Juntar à respetiva peça em caso de aprovação.