

**Rapporto di riparazione pagato n. ....**



Timbro del richiedente:  Telefono: .....	Data richiesta servizio:  .....	
Data di ricevimento della merce da parte dell'acquirente: .....	Numero della prova d'acquisto (numero della fattura): .....	
Il tipo di prodotto.....	Tipo .....	
Descrizione dettagliata del guasto soggetto al servizio di riparazione a pagamento: ..... ..... .....		
Riparazioni effettuate: ..... ..... .....		
Firma di chi effettua l'ordine: .....	Sigillo del produttore: .....	Firma della persona che esegue la riparazione: .....

**Un ordine per un servizio di riparazione a pagamento sarà accettato solo insieme al protocollo sopra completato.**

Il termine per completare il servizio di riparazione a pagamento è di

14 giorni lavorativi.

FILL non ripara prodotti di altri produttori.