



Modulo Richiesta Assistenza

Inviare via fax allo 0572-913216 oppure via email a info@audionatali.com

Nome e Cognome: _____

Recapito: _____

Marca	Modello	Numero di Serie

Descrizione Dettagliata Difetto

Telecomando: <input type="checkbox"/>	Cavo Aliment.: <input type="checkbox"/>	Cavi: <input type="checkbox"/>
Imballo Originale: <input type="checkbox"/>	Garanzia: <input type="checkbox"/>	Dischi: <input type="checkbox"/>

Data di acquisto: _____ *(Allegare copia garanzia, scontrino fiscale e/o fattura)*

Note:

Data: _____

Firma _____