DEVOLUCIONES

RMA

FECHA RMA: **Nº RMA:**
AGENCIA DE TRANSPORTE:
CLIENTE: **CÓDIGO DE CLIENTE:**
REVISADO POR: **FECHA DE REVISIÓN:**

CÓDIGO	MODELO DE CARTUCHO	MOTIVO DEVOLUCIÓN	CANTIDAD	[*]ESTADO

[*]A RELLENAR POR NOSOTROS.

MANDAR PRUEBA DE IMPRESIÓN DE LOS CARTUCHOS DE TONER