

DESTINATÁRIO:

AT Medical

Rua Jaguari, 481 sala 2 – V. Bosque da Saúde - São Paulo - SP

CEP: 04137-080

>>Instruções: recorte o DESTINATÁRIO e cole na caixa, preencha os dados abaixo e anexe ao equipamento. Em caso de garantia, anexe a nota fiscal ou comprovante de serviço<<

DADOS DO CLIENTE

Nome / razão social:

Pessoa de contato:

Tel.:

e-mail:

CPF / CNPJ:

R.G. / I.E.:

Endereço:

Bairro:

Cidade e Estado:

CEP:

EQUIPAMENTO

Tipo:

Marca:

Modelo:

DEFEITO (descrever o que o aparelho faz de errado ou não faz e, caso seja um defeito ocasional, informar o intervalo aproximado em que ele ocorre) :