RICHIESTA DI RESO

SACIM-ACSUD
286 RUE GALLIAS
ZI COURTINE
CHATERNAY
84000 AVIGNON
Tél. 04.32.74.30.00
Fax. 04.90.86.09.53

Data: _____
N° bolla di reso : _____
Nazione : _____
Agente di zona : _____

Codice cliente : _____
Nome : _____
indirizzo : _____
CP + Città : _____

Codice	Descrizione	Quantità		N° Fattura acquisto	Motivo del reso	Autorizzazione	
		Nuovo	Usato			Si	No

Sotto riserva di conformità con le nostre condizioni di reso