

Opticon, Inc. Formato RMA.

Por favor, llene este formato y entréguelo en nuestras oficinas ubicadas en Veterinarios #59, Colonia El Sifón, Delegación Iztapalapa en un horario de 9:00 am a 2:00 pm y de 4:00 pm a 6:00 pm. Nosotros le daremos un número de caso para que pueda darle seguimiento a sus equipos entregados en garantías.

Nombre de la Empresa:	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>

Uso de la oficina

# RMA:	<input type="text"/>
Recibió	<input type="text"/>

Modelo	Número de Serie	Descripción del Problema
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cantidad Total:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

Comentarios Adicionales: