

CASCO srl Zona Industriale ASI SUD-P.A.C. 80025 MARCIANISE (CE) TEL: +39 0823 696161 - Fax 0823 526777 mail: amministrazione@cascosrl.com	RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL RESO	n°
	CARCASSE	Data

CONDIZIONI GENERALI DI VENDITA:

- 1) La merce viaggia a rischio e pericolo del cliente, anche se convenuto franco al destino.
- 2) Salvo patto espresso, tutti i prezzi si intendono franco sede della ditta venditrice.
- 3) Per qualsiasi controversia si adirà all'Autorità Giudiziaria competente nel territorio della ditta venditrice.

PROCEDURA RESI:

- 1) Tutti i prodotti venduti dalla CASCO Srl fruiscono di Garanzia 12 Mesi dalla data di montaggio.
- 2) Tutti i resi non conformi non saranno accettati trascorsi 3 Giorni dalla ricezione della merce.
- 3) Tutti i resi devono essere autorizzati dalla CASCO Srl.
- 4) La richiesta deve essere inoltrata con il presente documento presso la nostra sede a mezzo Fax allo +39 0823 526777 o mail a amministrazione@cascosrl.com
- 5) La richiesta deve contenere i riferimenti completi dell'articolo reso estratti dal nostro documento di vendita (Numero documento di trasporto, data documento, tipo di difetto riscontrato).
- 6) In seguito all'accettazione della richiesta CASCO Srl emette l'autorizzazione al reso, contrassegnata da un numero progressivo.
- 7) Tutti i resi dovranno essere spediti in **PORTO FRANCO** alla CASCO Srl **utilizzando l'imballo originale**, mediante DdT con la causale "CARCASSE", allegando copia dell'autorizzazione al reso.
- 8) CASCO Srl invita a controllare i pacchi consegnati dal corriere ed in risultanza di danni alle confezioni, si consiglia di accettare la merce con riserva.
- 9) CASCO Srl effettua controlli sullo stato della merce prima che sia spedita; pertanto gli articoli che risultano danneggiati durante il trasporto non rientrano nelle condizioni di garanzia.
- 10) Non saranno accettati resi in garanzia privi della descrizione del difetto.

N.B.: Non saranno accettati resi che non rispettano la procedura indicata.

DATI DEL CLIENTE:

RAGIONE SOCIALE:	NOMINATIVO RESPONSABILE RESI:
------------------	-------------------------------

COMPILAZIONE A CURA DEL CLIENTE						AMM CASCO
CODICE CASCO	Q.TA	N° DdT CASCO	Data DdT CASCO	DATA MONTAGGIO	DESCRIZIONE DEL TIPO DI DIFETTO	AUTORIZZAZIONE CASCO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TIMBRO E FIRMA CLIENTE _____