

## FORMULARIO RMA DEVOLUCIÓN DE MERCANCÍAS

FACTURA Nº

NOMBRE

DIRECCIÓN

COD. POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

PAÍS

TELÉFONO

EMAIL

## MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN

## RECOGIDA

HORARIO DE RECOGIDA  
(MARGEN DE 5 HORAS)

NOMBRE

DIRECCIÓN

COD. POSTAL

PROVINCIA

PAÍS

TELÉFONO

SON LOS  
MISMOS  
DATOS QUE  
INTRODUJE  
ARRIBA

SÍ

NÚMERO DE RMA  A RELLENAR POR TRP