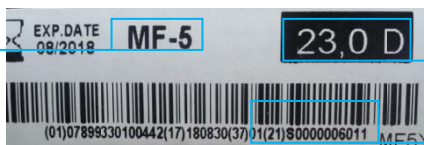




SOLICITAÇÃO DE TROCA ANTECIPADA DA LINHA CIRÚRGICA

Código de cliente:
Razão social:
C.N.P.J ou CPF de cadastro:
Endereço de entrega das novas lentes:
Contato:
Telefone:
E-mail:

Modelo



Dioptria

Número de série

PRODUTOS ENVIADOS PARA TROCA

QUANTIDADE	MODELO	DIOPTRIA	NÚMERO DE SÉRIE

**É indispensável o envio do material com a embalagem em perfeito estado (não poderá haver violação e/ou anotações na embalagem/etiqueta).*

PRODUTOS SOLICITADOS

QUANTIDADE	MODELO	DIOPTRIA

Será cobrado novo frete para envio.

Condições gerais, de acordo com a POLÍTICA DE TROCA DA MEDIPHACOS, disponível no site www.mediphacos.com

Estou ciente que caso o material não chegue a Mediphacos dentro do prazo de 30 dias corridos a contar da data de emissão da NF de troca, ou que esteja em desacordo das condições gerais apresentadas acima, o produto será faturado automaticamente, sem comunicação prévia.

NOME LEGÍVEL E DATA

ASSINATURA