



SOLICITAÇÃO DE TROCA ANTECIPADA VISION CARE

Código de cliente:	CNPJ ou CPF de cadastro:
Razão social:	
Endereço de entrega das novas lentes:	
Pessoa de contato:	Celular/Whatsapp:
E-mail:	



PRODUTOS ENVIADOS PARA TROCA – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

MODELO	PACIENTE	REFERÊNCIA DA LENTE OU Nº DO PEDIDO	MOTIVO DA TROCA

*É indispensável o envio do material com a etiqueta.

PRODUTOS SOLICITADOS

MODELO	PACIENTE	NOVOS PARÂMETROS
		OD: OE:

Será cobrado novo frete para envio.

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

A troca de lente de contato é permitida desde que seja para o mesmo paciente, decorrente a problemas de adaptação e esteja dentro do prazo de 90 dias corridos da data de emissão da NF.

Não será autorizada a troca de lente quebrada, exceto se constatado problema técnico do produto.

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.

A Central de Atendimento ao cliente está à disposição para esclarecimento de dúvidas (0800 727 2211).

NOME LEGÍVEL E DATA

ASSINATURA