

Data: __/__/____

Cliente: _____

Telefone: (____) _____ CPF/CNPJ: _____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

- Favor preencher todos dados para não haver problemas no reenvio dos equipamentos.
- A *Easy Equipamentos Odontológicos* não se responsabiliza por avarias causadas pelo transporte e envio do Aparelho como consta no manual e no site: www.easy.odo.br. O custeio do mesmo é por conta do cliente salvo em casos específicos. Dados informados no Check List é de inteira responsabilidade do cliente. No ato do recebimento o mesmo será conferido, necessitando entrarmos em contato.
- Nos campos em branco favor preencher a quantidade de acessórios enviados e o modelo.
- Imprima o Check List e envie junto ao Aparelho.

Equipamento: Endo: _____ Easy Pack: _____ Termo: _____ Implant: _____

O que está sendo enviado

<input type="checkbox"/> Console de Controle _____	<input type="checkbox"/> Suporte Termo Compactador _____	<input type="checkbox"/> Suporte do Console SI _____
<input type="checkbox"/> Fonte de Alimentação _____	<input type="checkbox"/> Ponta Termo Plast _____	<input type="checkbox"/> Pack _____
<input type="checkbox"/> M. Motor de Baixa M1 _____	<input type="checkbox"/> Injetor Térmico _____	<input type="checkbox"/> Suporte do Pack _____
<input type="checkbox"/> M. Motor de Alta M2 _____	<input type="checkbox"/> Agulha do Injetor _____	<input type="checkbox"/> Fonte Pack _____
<input type="checkbox"/> Suporte do Micromotor _____	<input type="checkbox"/> Contra Ângulo _____	<input type="checkbox"/> Bolsa _____
<input type="checkbox"/> Pedal _____	<input type="checkbox"/> Cabo de Força (Energia) _____	
<input type="checkbox"/> Termo Compactador _____	Outros: _____	

Observações: _____

Solicitação e/ou Defeito: _____

Assinatura do responsável pelo aparelho