

Modulo di richiesta intervento in garanzia

Nome

Cognome

Indirizzo

Cap Città Provincia

Telefono

E-mail

Tipo materasso (modello)

Misure

Data di acquisto N° commissione

Difetti riscontrati

.....

.....

.....

Tipo di rete usata

Richiesta di ritiro a domicilio* SI NO

* Telefonare in Azienda per informazioni sui costi