



FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE PRODUTOS

Enviar este formulário totalmente preenchido juntamente com o(s) produto(s) a ser(em) devolvido(s)

Eu, _____, inscrito no CNPJ/CPF sob nº _____ DECLARA para os devidos fins e de direito, que neste ato, está efetuando a DEVOLUÇÃO do(s) produto(s) descrito(s) abaixo, constante(s) na nota fiscal nº _____ adquiridos na empresa IMPLALIFE - Indústria de Produtos Médico-Odontológicos LTDA, inscrita no CNPJ nº 09.566.849/0001-00.

Motivo da Devolução:

- () Alteração de Procedimento Cirúrgico
() Pedido Errado
() Outro. Qual? _____

PRODUTOS A SEREM DEVOLVIDOS

CODÍGO	QUANT.	LOTE

CODÍGO	QUANT.	LOTE

NOTA: Não aceitaremos devoluções , caso as embalagens estejam violadas ou rasuradas.
E, por ser verdade, firma a presente DECLARAÇÃO.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura ou Carimbo do cliente