

Nro.: Fecha: **INFORME TÉCNICO RECLAMO DE GARANTÍA**CÓDIGO DE ARTÍCULO: Cantidad

DISTRIBUIDOR:

PUNTO DE VENTA:

Nombre o Razón Social:

Calle: Nro.: C.P.: Ciudad:

Teléfono: E-mail:

MECÁNICO / USUARIO:Apellido: Nombre: ☐ Usuario ☐ Mecánico

Calle: Nro.: C.P.: Ciudad:

Teléfono: E-mail:

Vehículo Marca: Modelo: Año: Motorización:

Uso del Vehículo: ☐ Privado ☐ Comercial

Fecha montaje: Km: Fecha de extracción por problema: Km:

Motivo del Reclamo:

☐ No corta - no libera☐ Ruido Anormal (explicar cuando / como)☐ Trepida (explicar cuando / como)☐ Rotura / Deformación: Cojinete. Disco. Placa.☐ Otros**RESULTADO ANÁLISIS TÉCNICO (uso exclusivo Personal TÉCNICO)****ACEPTADO** ☐**RECHAZADO** ☐**El dictamen de rechazo de garantía implica la devolución inmediata al punto de venta del Artículo analizado, en el estado en que se encuentre**

Firma