

Recepción de Servicio Técnico Tecnologías IP Ltda.

N° de Ingreso:	
----------------	--

Nombre de la Empresa:*	
Nombre del Contacto:*	
Mail de contacto:*	
Dirección:*	
Teléfono:*	
Recibida por:	
Fecha de recepción:	

Transporte*:	
Orden de Transporte:*	

Datos de equipo(s)	
Fecha de Compra:*	
N° de Factura:*	
Costo de Revisión:	

Marcar con una X:	
En Garantía:	
Fuera de Garantía:	

Detalle de(del) Equipo(s)			
Cantidad*	Marca*	Modelo*	N° de Serie*

Falla indicada por el cliente:*

--

Se deriva equipo:

Nombre del Proveedor:	
Fecha de Envío:	
Fecha de Recepción:	

Firma del Cliente

Firma recepción de equipo(s)

*** Campos a rellenar por el cliente**