|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DE ENVIO** | *Esta Declaração de Envio tem por finalidade apenas o envio do material, não havendo incidência de ICMS por sermos isentos de Inscrição Estadual, (decreto 3017 de 28/2/89). A empresa exerce atividade sujeita a ISS.*  |

**DADOS DO REMETENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome/Razão social** |  |
| **Endereço** |  |
| **CPF/CNPJ** |  | **Inscrição Estadual** |  |
| **Cidade** |  | **Estado** |  |
| **Contato** |  | **CEP** |  |
| **Email** |  | **Celular (DDD)** |  |
| **MOTIVO DO ENVIO:** |  | **Conserto** |  | **Troca** |  | **Devolução** |  | **Outro. Qual?** |

**DADOS DO DESTINATÁRIO**

ALGET EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Av. Carlos Correia Borges, 3178 – Jd. Atami – CEP: 87062-202 – Maringá – PR

CNPJ: 06.146.505/0001-45 – IE: 90302657-07

Ao Departamento: Assistência Técnica – Fone: (44) 3031-3183 – atendimento@alget.com.br

**DADOS DO(s) EQUIPAMENTO(s)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quant.** | **Descrição do(s) equipamento(s**) (Modelo / Nº de série) | **Valor unitário (R$)** | **Valor total (R$)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*OBS.: O valor aqui declarado é apenas para fins de circulação de mercadoria. NÃO É COBRANÇA e serve apenas como referência para o seguro da devolução. Em caso de extravio, o valor do reembolso será o mesmo declarado na Declaração de Envio.*

*SUGESTÃO para o Valor Unitário: valor de seu equipamento constante na Nota Fiscal menos 10%.*

**PROBLEMAS OU SERVIÇO REQUERIDOS (ASSINALAR DEFEITO APRESENTADO)**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  *Bateria* |[ ]  *Falha no display / teclado / botão* |
|[ ]  *Não grava exames* |[ ]  *Mensagem de erro* |
|[ ]  *Falha com o cartão de memória* |[ ]  *Calibração* |
|[ ]  *Não transfere exames / Dados corrompidos* |[ ]  *Outro* |

**Descrição do(s) problema(s) apresentado(s) ou serviço(s) que necessita:** *EX: ERRO 2 / ERRO 6 / ERRO 9 / ETC.*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Assinatura e data** (Contato)