

Distribuidora Viincorp SAS de CV

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA RECLAMACIÓN DE GARANTÍA

Folio: _____

Fecha de recepción: _____

Fecha de terminación de trámite: _____

En caso de venta por medio de un distribuidor, llenar la solicitud en conjunto, en caso de venta por medio de la página www.viincorp.com, omitir dicha información.

DISTRIBUIDOR #	CLIENTE
NOMBRE:	NOMBRE:
DIRECCION:	DIRECCION:
CIUDAD, ESTADO:	CIUDAD, ESTADO:
TELEFONO:	TELEFONO:
EMAIL:	EMAIL:
PAGINA DE FACEBOOK:	

RECOMENDACIONES:

Diligencia adecuadamente el formulario registrando en la tabla de la parte inferior de este documento los productos devueltos.

Diligencia TODAS las casillas dispuestas para ello, sin excepción. Agradecemos la claridad y sinceridad de la información suministrada en este formato.

INSTRUCCIONES:

1. Llena todos los campos de la siguiente tabla con SI o NO para cada pregunta (No omitir ninguna).

PREGUNTA	SI / NO
1. Se enviaron los correos de seguimiento por parte del cliente estipulados en la carta de "Términos y Condiciones"?	
2. Se dio seguimiento por parte de Viincorp para el seguimiento de tu tratamiento?	
3. En los meses de tratamiento recibiste orientación clara y precisa del modo de uso?	
4. La atención recibida fue clara y completa?	

IMPORTANTE:

PASADOS LOS 95 DÍAS NATURALES DESPUES DE LA COMPRA LA GARANTÍA DE SATISFACCION OFRECIDA POR VIINCORP NO SE ACEPTAN RECLAMACIONES.

LA GARANTIA DE SATISFACCION APLICA EN COMPRA DE 3 FRASCOS IGUALES DE 4D MAX O ALCADETOX Y 3 GELES REDUCTIVOS Y REAFIRMANTES FIGURA PERFECTA.

ESTE DOCUMENTO ES APLICABLE CUANDO SE HAYA VALIDADO LA INFORMACION CONTENIDA EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES.

Yo, _____ comprendo las cláusulas que se presentan en esta Garantía y estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente formato.

NOMBRE, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE VIINCORP

SI / NO

EN BASE A LAS EVIDENCIAS TOMADAS POR EL CLIENTE, HUBO REDUCCION DE PESO Y MEDIDAS DURANTE LOS 3 MESES DE TRATAMIENTO?	
GARANTIA APROBADA	

RECIBÍÓ
REVISÓ
AUTORIZÓ