# Dados do Cliente

|  |
| --- |
| Empresa: |
| Responsável: |
| Telefone: |
| E-mail: |

Preencha os campos abaixo com **todos** os itens presentes na remessa enviada à Victor Vision. Não nos responsabilizamos por itens ausentes neste documento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Item/Modelo | Qtd. | Observações |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Declaro que os itens acima descritos foram adequadamente embalados e estão presentes na remessa enviada à Assistência Técnica da empresa Victor Vision LTDA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data |  | Assinatura do responsável |